



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen NV Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, buitencategorie, informatievoorziening
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.10 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202000656
Zittingsdatum : 12 mei 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R. de Groot, H.A. Kroon en M.T.C. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 10 december 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. Op 21 januari 2021 heeft verzoeker de commissie nadere informatie doen toekomen. De ziektekostenverzekeraar is op 26 januari 2021 in de gelegenheid gesteld te reageren op het aan de commissie voorgelegde geschil. Aangezien de commissie van de ziektekostenverzekeraar geen reactie ontving, heeft zij op 3 maart 2021 de ziektekostenverzekeraar nogmaals aangeschreven. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 maart 2021 per e-mail de commissie meegedeeld niet te beschikken over aanvullende stukken. Een kopie van dit mailbericht is op 11 maart 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 7 april 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021009819) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 april 2021 aan partijen gestuurd, waarna verzoeker op 30 april 2021 per e-mail op het advies heeft gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden waarna laatstgenoemde op 6 mei 2021 per e-mailbericht een nagekomen stuk heeft gestuurd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 mei 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede de e-mailberichten van verzoeker van 30 april 2021 en de ziektekostenverzekeraar van 6 mei 2021 zijn op 19 mei 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. In reactie daarop heeft het Zorginstituut op 1 juni 2021 per brief een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 juni 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft op 9 juni 2021 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Modelovereenkomst Zorgzaam (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Zorgzaam Ster 4 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft eind 2018 voor het eerst een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar gedaan voor verstrekking van hoortoestellen. Deze aanvraag is op 14 januari 2019 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen met als reden dat geen proeven zijn gedaan met categorie 5 hoortoestellen. Daarnaast werd als reden opgevoerd dat geen audiologisch centrum bij de aanvraag

was betrokken. Omdat verzoeker graag nieuwe hoortoestellen wilde, heeft hij vervolgens zowel een audiologisch centrum bezocht als een hoortoestel uit de desbetreffende categorie van de database (Resound Verso 9 TS VOT 962DRW) geprobeerd. Na afloop van de proefperiode is geconcludeerd dat de Phonak Audéo M90-312T verreweg het meest aangenaam en comfortabel is. Er is dan ook nogmaals een aanvraag gedaan voor toestellen van dit type. Op 22 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist.

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 7 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. Op 7 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“Hoewel de klinisch fysisch-audioloog van het AC schrijft dat verzoeker aangaf de buitencategorie toestellen als prettiger en comfortabeler te ervaren, blijkt uit dezelfde brief dat zowel het hoortoestel uit de database (Resound) als het gevraagde buitencategorie hoortoestel (Phonak Audéo) bij verzoeker adequaat functioneert.

Uit de brief van het AC en de brief van gemachtigde blijkt dat verzoeker naast de hoortoestellen ook gebruik maakt van soloapparatuur. Gemachtigde van verzoeker noemt in haar brief een aantal concrete situaties waarin verzoeker een hoortoestel uit de database zeer oncomfortabel en onprettig vindt. Dit betreft echter ook situaties waarin soloapparatuur doorgaans een meer geschikte oplossing biedt. Blijkens latere informatie volstaan hierbij de buitencategorie hoortoestellen van Phonak Audéo inderdaad niet en maakt verzoeker naast de hoortoestellen inmiddels ook gebruik van soloapparatuur.

Conclusie

Op basis van de voorliggende stukken blijkt niet dat bij verzoeker sprake is van een bijzondere zorgvraag die vergoeding van buitencategorie hoortoestellen ten laste van de basisverzekering rechtvaardigt.”

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door hem aangeschafte hoortoestellen van het type Phonak Audéo moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de op het geschil toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker is geboren met een hoorafwijking. Ondanks deze beperking is hij sociaal erg actief. Zo neemt verzoeker deel aan gespreksgroepen van de kerk, heeft hij met regelmaat vergaderingen, gaat hij naar orgelconcerten, en tennist hij. Een en ander neemt niet weg dat verzoeker door de hoorafwijking zijn echtgenote niet goed verstaat en dat hij moeite heeft met het volgen van televisieprogramma's. Ter ondervanging van de klachten heeft verzoeker in overleg met de audicien een proef doorlopen met twee hoortoestellen, te weten de Resound Verso 9 TS VOT 962 DRW en de Phonak Audéo M90-31 2T. Uit de proef is gebleken dat het Phonak hoortoestel het meest comfortabel en aangenaam is. Ter zitting is hier door verzoeker aan toegevoegd dat de conclusie, dat de beide type hoortoestellen vergelijkbaar zijn, alleen opgaat bij gebruik 'in stilte', en dat sluit nu juist niet aan op zijn hoorvraag.
- Dat de ziektekostenverzekeraar ook de tweede aanvraag afwijst, raakt verzoeker zeer. Te meer omdat hij in de veronderstelling verkeerde dat de ziektekostenverzekeraar tot vergoeding zou overgaan als een audiologisch centrum zou worden bezocht. Daarnaast heeft noch de audicien noch het audiologisch centrum verzoeker gewezen op de vereisten die gelden voor de vergoeding van hoortoestellen. Ook de ziektekostenverzekeraar heeft hier steken laten vallen. Zo blijkt noch uit de verzekeringsvoorwaarden noch uit het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar dat wordt getoetst aan het Keuzeprotocol Hoorzorg. In het Reglement wordt het Protocol hoorhulpmiddelen genoemd en wordt verwezen naar de website van de ziektekostenverzekeraar, maar daar was het protocol destijds niet te vinden. Inmiddels staat dit er wel, maar onder een andere naam. Het stuk is voor een leek niet erg toegankelijk. Verzoeker stelt zich dan ook op het standpunt dat dit protocol hem niet kan worden tegengeworpen en dat hij, bij gebrek aan beter, wel moest uitgaan van de informatie die de ziektekostenverzekeraar hem op 14 januari 2019 per brief stuurde. Naar de mening van verzoeker ligt het op de weg van de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden goed te informeren over de te volgen procedure. Tot slot verklaart verzoeker dat ook de gewenste hoortoestellen (Phonak Audéo) niet voldoende zijn gebleken om de bestaande beperkingen op te heffen. Om die reden heeft hij de leverancier hulpmiddelen gevraagd aan hem soloapparatuur te verstrekken. Deze apparatuur is hem inmiddels ter beschikking gesteld. Daardoor heeft hij nu een voor hem goed functionerende hoorvoorziening. De hoortoestellen van het type Phonak Audéo waren echter een goede tussenoplossing.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij in zijn Reglement Hulpmiddelen heeft opgenomen dat op basis van het Protocol hoorhulpmiddelen wordt bepaald op welk type hoortoestel een verzekerde recht heeft. Gedoeld wordt hier op het reeds genoemde ZN Keuzeprotocol Hoorzorg. In dit protocol is onder meer bepaald dat de zorgvraag van betrokkene moet worden ondergebracht in één van de vijf categorieën. Lukt dit niet, dan kan sprake zijn van een bijzondere individuele zorgvraag. In dat geval volgt verwijzing naar een audiologisch centrum en moet objectief worden aangetoond, met aanvullende testen en bijkomende gegevens, dat de desbetreffende verzekerde niet kan volstaan met een hoortoestel dat onder één van de categorieën valt. Dit laatste is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Desalniettemin heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met zowel de audicien als het audiologisch centrum. Uit het contact met de audicien is gebleken dat verzoeker de Phonak Audéo prettiger vond zitten dan het hoortoestel uit de aangewezen categorie. Het niet prettig zitten vormt in dit verband echter geen criterium. Een verzekerde moet op basis van zorginhoudelijke criteria zijn aangewezen op een buitencategorie hoortoestel.
- Verder is uit de gesprekken met de audicien en het audiologisch centrum gebleken dat verzoeker is geïnformeerd over de gevolgen van de keuze voor buitencategorie hoortoestellen. Dit brengt met zich dat de ziektekostenverzekeraar het standpunt van verzoeker dat hij onvolledig is geïnformeerd niet deelt.
- 6.4. De commissie overweegt dat voor de aanspraak op (vergoeding van) hoortoestellen een hoortoestellendatabase is ontwikkeld. Hierin zijn hoortoestellen opgenomen die voor verstrekking of vergoeding in aanmerking kunnen komen. De desbetreffende hoortoestellen zijn ingedeeld in vijf categorieën.
- Hoortoestellen die niet zijn ingedeeld in één van deze categorieën worden in de praktijk ook wel 'buitencategorie' of 'categorie 6' hoortoestellen genoemd. Voor het antwoord op de vraag in welke categorie de slechthorende moet worden ingedeeld, wordt gebruik gemaakt van het

Keuzeprotocol Hoorzorg. In dit protocol is onder meer bepaald dat aan de hand van de zorgvraag en de complexiteit van het hoorprobleem de slechthorende wordt ondergebracht in één van de vijf categorieën. Lukt dit niet of kan de verzekerde niet uitkomen met een hoortoestel uit de database in de geïndiceerde categorie, dan kan sprake zijn van een bijzondere individuele zorgvraag en kan aanspraak bestaan op een buitencategorie hoortoestel. In dat geval volgt verwijzing naar een audiologisch centrum en moet objectief en gemotiveerd worden aangetoond dat het niet mogelijk is de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing. Om dit vast te stellen moeten ten minste twee hoortoestellen van de geïndiceerde categorie worden geprobeerd.

- 6.5. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat het Keuzeprotocol Hoorzorg niet op hem van toepassing is omdat noch in de verzekeringsvoorwaarden noch in het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar wordt verwezen naar dit protocol, overweegt de commissie dat in artikel 4.18.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit artikel is gebaseerd op het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv. Met de indeling in vijf categorieën wordt invulling gegeven aan deze bepaling. In het 'Reglement Hulpmiddelen 2019' van de ziektekostenverzekeraar wordt voorts vermeld dat aanspraak bestaat op hoortoestellen in de categorie 1 tot en met 5 en dat hierbij gebruik wordt gemaakt van het 'Protocol hoorhulpmiddelen'. Gedoeld wordt hier op het reeds genoemde Keuzeprotocol Hoorzorg. De stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar nergens in de overeenkomst heeft verwezen naar het protocol, zodat de inhoud hiervan hem niet kan worden tegengeworpen, treft dan ook geen doel. Daarbij geldt dat verzoeker in beginsel was aangewezen op een gecontracteerde leverancier. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat deze leverancier verzoeker heeft geïnformeerd over de procedure. Verzoeker heeft dit bestreden. Uitgaande van de lezing van verzoeker en van zijn stelling dat hij het 'Protocol hoorhulpmiddelen' niet als zodanig op de website kon terugvinden, had het op zijn weg gelegen reeds in de fase waarin hij de aanschaf van de hoortoestellen overwoog contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar om te vragen naar de voorwaarden voor verstrekking of vergoeding. Dit is toen echter niet gebeurd en ondanks dat in de offerte van de audicien van 25 juli 2019 is vermeld dat de vergoeding via de zorgverzekeraar € 0,- bedraagt, heeft verzoeker besloten tot aanschaf. De gevolgen hiervan komen voor rekening van verzoeker. Hieruit volgt dat het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden en het 'Protocol hoorhulpmiddelen' onverkort van toepassing is.
- 6.6. Verzoeker maakt aanspraak op hoortoestellen van het type Phonak Audéo. Dit type hoortoestellen is niet in één van de vijf categorieën opgenomen. Om in aanmerking te komen voor vergoeding van een 'buitencategorie' hoortoestel ten laste van de zorgverzekering moet, zoals hierboven is vermeld, gedegen zijn onderbouwd dat en waarom een verzekerde niet kan volstaan met een hoortoestel uit één van de vijf categorieën. Om dit vast te stellen dient een audiologisch centrum te worden bezocht én moeten ten minste twee hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie worden geprobeerd. Door verzoeker is aangevoerd dat hij in 2018 twee hoortoestellen uit de hoortoestellendatabase op proef heeft gehad die ongeschikt zouden zijn gebleken. Nadere informatie hierover ontbreekt in de overgelegde stukken. Wel staat vast dat verzoeker later bij het audiologisch centrum een hoortoestel van het type Resound heeft geprobeerd. Dit toestel vond verzoeker, in vergelijking met het toestel van het type Phonak, minder prettig en comfortabel zitten. Dit is evenwel geen reden om aanspraak te kunnen maken op een hoortoestel uit de buitencategorie. Daar komt bij dat het audiologisch centrum heeft verklaard dat zowel het hoortoestel uit de geïndiceerde categorie (Resound) als het gevraagde 'buitencategorie' hoortoestel (Phonak Audéo) bij verzoeker adequaat functioneert. Deze conclusie is door verzoeker ter zitting bestreden, waarbij hij heeft gesteld dat het adequaat functioneren van beide toestellen alleen aan de orde is 'in stilte'. Zijn hoorvraag is echter een andere, en in dat verband voldoet de Phonak Audéo beter. De commissie is hierdoor niet overtuigd. Zoals uit het verdere verloop is gebleken, voldeden ook de aangeschafte toestellen niet, en moest de oplossing voor het hoorprobleem worden gevonden in een ander hulpmiddel, te weten solo-apparatuur. Dat verzoeker niet uit kon met een hoortoestel uit de geïndiceerde categorie en daarom was aangewezen op een hoortoestel uit de 'buitencategorie' is zodoende door hem niet aannemelijk gemaakt. Het voorgaande wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut.

Aanvullende ziektekostenverzekering

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

Informatievoorziening

- 6.8. Door verzoeker is verder gesteld dat hij zowel door de ziektekostenverzekeraar als door de audicien en het audiologisch centrum onvolledig is geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling gemotiveerd betwist en aangevoerd dat zowel de audicien als een bij naam genoemde persoon van het audiologisch centrum heeft verklaard verzoeker te hebben geïnformeerd. Het is aan verzoeker, als stellende partij, zijn stelling aannemelijk te maken. De commissie oordeelt dat hij hierin niet is geslaagd. Uit het feit dat verzoeker heeft aangevoerd dat hij reeds in 2018 twee hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie heeft geprobeerd valt eerder op te maken dat hij toen wel degelijk op de hoogte was van de voorwaarden uit het 'Protocol hoorhulpmiddelen'. Daarnaast was verzoeker in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van een naturapolis. Dit houdt onder andere in dat de gecontracteerde leverancier hulpmiddelen ervoor zorg draagt dat de juiste procedure wordt gevolgd en dat verzekerden juist worden geïnformeerd. Dat de audicien aan verzoeker heeft uitgelegd dat het hoortoestel uit de buitencategorie niet door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed, acht de commissie ook aannemelijk nu in de offerte van de audicien is vermeld dat de vergoeding via de zorgverzekeraar € 0,-- bedraagt. Voor zover verzoeker onvolledig was geïnformeerd - met name omdat hij naar zijn zeggen in 2018 al toestellen uit de geïndiceerde categorie op proef had gebruikt - had deze vermelding voor hem aanleiding moeten zijn contact op te nemen met de audicien of de ziektekostenverzekeraar. Dit is evenwel niet gebeurd. Integendeel, verzoeker heeft zich erop beroepen dat hij uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 14 januari 2019 mocht opmaken dat een vergoeding zou volgen als een ander hoortoestel werd geprobeerd en een bezoek werd gebracht aan een audiologisch centrum. De commissie kan verzoeker hierin niet volgen. De commissie leest, anders dan verzoeker, in de betreffende brief alleen een opsomming in welke situaties aanspraak zou *kunnen* bestaan. Nergens wordt in de brief de suggestie gewekt dat slechts sprake is van formaliteiten en dat - als hieraan wordt voldaan - zonder meer een vergoeding volgt.

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 juli 2021,

M.T.C. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/buikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Anderere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (artikel 2.10 Regeling zorgverzekering), zoals:						
hoortoestellen categorie 1 tot en met 5, (b)cross zender, oorstukjes en tinnitusmaskeerder	eigendom	StAR geregistreerd audicien die werkt in een winkel met het keurmerk 'De Audicien' en CVC gecertificeerd is of een SEMH erkende audicien'	De audicien informeert u als u een verwijzing van een KNO-arts of audiologisch centrum nodig heeft. De audicien gebruikt hiervoor het NOAH-protocol.	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming aan bij vervanging binnen de gebruikstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	<p>Eigen bijdrage vanaf 18 jaar: U bent een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de aanschafkosten.</p> <p>Gebruikstermijn U kunt uw hoortoestel, (b)cross zender en tinnitusmaskeerder minimaal 5 jaar gebruiken.</p> <p>Bijzonderheden U heeft recht op vergoeding als uw gehoorverlies minimaal 35 dB is. Op basis van het Protocol hoorhulpmiddelen wordt bepaald op welk type hoortoestel u recht heeft. Kijk voor meer informatie op onze website.</p> <p>Deels implanteerbare hoortoestellen worden alleen vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.</p>
ringleidingen, infrarood-apparaat, FM-apparaat, bluetooth-apparaat of daarmee gelijk te stellen apparatuur	eigendom	StAR geregistreerd audicien en keurmerk 'De Audicien' of een SEMH erkende audicien	De audicien informeert u als u een verwijzing van een KNO-arts of audiologisch centrum nodig heeft. De audicien gebruikt hiervoor het NOAH-protocol.	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming aan bij vervanging binnen de gebruikstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	<p>Gebruikstermijn U kunt de apparatuur minimaal 5 jaar gebruiken. U heeft 5 jaar garantie bij een gecontracteerde zorgaanbieder.</p>
signaalhond en een tegemoetkoming voor de gebruikskosten van deze hond	bruikleen		behandelend arts met rapport audioloog	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming bij ons aan.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging. Als uw eigen hond door één van de opleidingsinstellingen wordt opgeleid blijft uw hond uw eigendom en heeft u recht op een vergoeding van de kosten van de opleiding van uw hond.	<p>Bijzonderheden U heeft alleen recht op een signaalhond die een substantiële bijdrage levert aan uw mobiliteit als u volledig doof bent waardoor de zelfstandigheid significant wordt verhoogd en het beroep op (zorg)ondersteuning significant vermindert.</p> <p>Maximale vergoeding De tegemoetkoming voor de gebruikskosten bedraagt € 92,95 per maand.</p>
solo-apparaat	bruikleen		audiologisch centrum	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	
softwarelicentie voor teksttelefoonmogelijkheden op pc, tablet en mobiele telefoon	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruikstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	

De verzekeraar kan voor enkele groepen drinkvoeding waarop de verzekerde recht heeft op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren. Er is een voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van een bepaalde fabrikant en/of merk). De door de verzekeraar geselecteerde drinkvoeding is terug te vinden in het Reglement farmaceutische zorg. De verzekeraar kan de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. De verzekerde ontvangt hierover informatie. Gebruikt de verzekerde de door de zorgverzekeraar geselecteerde voorkeursdrinkvoeding, dan geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico niet. De verzekerde kan ook kiezen voor andere drinkvoeding. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Dieetpreparaten dienen te worden verstrekt door een apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgverlener. Voor sondevoeding kan de verzekerde alleen terecht bij Mediq Tefa, MediReva, Sorgente, OneMed en Medizorg/Eurocept. Sondevoeding betrokken bij een andere (zorg)aanbieder dan Mediq Tefa, MediReva, Sorgente, Onemed en Medizorg/Eurocept, zijn uitgesloten van vergoeding. Dieetproducten zijn ook uitgesloten van vergoeding.

Toestemming

De verzekerde heeft vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan de behandelend arts of diëtist de Verklaring dieetpreparaten (ZN-verklaring polymere, oligomere en modulaire dieetpreparaten) van de website downloaden en invullen.

4.18. Hulpmiddelenzorg

4.18.1. Aanspraak bestaat op functionerende medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). Deze worden afgeleverd door een zorgverlener voor hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen is opgenomen welke leverancier het hulpmiddel mag leveren en of het hulpmiddel in eigendom of bruikleen wordt verstrekt. Tevens zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. De genoemde gebruikstermijn van het desbetreffende hulpmiddel en de maximum te leveren aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is kan hiervan worden afgeweken. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar in het Reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Indien de verzekerde een hulpmiddel wil dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen, maar dit hulpmiddel is niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen, dan kan de verzekerde een aanvraag bij de zorgverzekeraar indienen. Het Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via www.zorgzaam.nl en wordt desgevraagd toegezonden.

Voorschrift/toestemming

Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in het Reglement hulpmiddelen, is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het desbetreffende hulpmiddel of verbandmiddel voorafgaande toestemming vereist en/of een voorschrift noodzakelijk.

4.18.2. De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

4.18.3. De te verstrekken hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn; een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

4.19. Ziekenvervoer

4.19.1. Onder ziekenvervoer wordt verstaan het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- 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;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

Artikel 2.10

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen.
3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.
4. Voor signaalhonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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.

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.