

Anoniem Bindend Advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202302361

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg ,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van zijn orthopedische schoenen volledig, dan wel in ieder geval tot 75%, te vergoeden.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de orthopedische schoenen zijn geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze zorgaanbieder is niet SEMH (Stichting Erkenning Medische Hulpmiddelenzorg) gecertificeerd. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding geweigerd.
- 1.2. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar in het Reglement Hulpmiddelen, dat onderdeel is van de door verzoeker met de ziektekostenverzekeraar gesloten zorgverzekering, kan bepalen waar en door wie de functiegerichte zorg moet worden geleverd. De ziektekostenverzekeraar hanteert in dit verband het vereiste van SEMH certificering. Dat de zorgaanbieder hieraan niet voldoet, is door verzoeker niet bestreden. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar op grond van de verzekeringsvoorwaarden niet tot vergoeding is gehouden. Een gedeeltelijke vergoeding, op basis van 75%, is alleen aan de orde als de zorgaanbieder niet is gecontracteerd, maar wél aan voornoemd vereiste voldoet. Die situatie doet zich hier niet voor. Naar het oordeel van de commissie dient, mede gelet op de stellingen van verzoeker, vervolgens te worden gekeken of toepassing van een dergelijk vereiste leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dat laatste is niet het geval, nu het vereiste betrekking heeft op de kwaliteit - en daarmee op de doelmatigheid van de zorg - en de beoordeling geschiedt door een van de ziektekostenverzekeraar onafhankelijke organisatie. Dat verzoeker kosten heeft gemaakt die voor zijn rekening blijven, ligt in zijn risicosfeer. De commissie wijst het verzoek daarom af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft tijdens een telefonisch contact op 12 oktober 2023 met de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat hij van de commissie een uitspraak wenst. Op 16 oktober 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren ook de stukken die tijdens de fase van de behandeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 15 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 november 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 december 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maat-polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Collectief en Tandarts Collectief (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker maakt gebruik van orthopedische schoenen. Deze nam hij aanvankelijk af van een orthopedisch schoenmaker waarmee de ziektekostenverzekeraar een contract had. Omdat verzoeker echter al enkele jaren problemen met zijn orthopedische schoenen had, is hij op zoek gegaan naar een andere orthopedisch schoenmaker. Bij de nieuwe schoenmaker heeft verzoeker orthopedische schoenen laten aanmeten. Zijn huidige orthopedisch schoenmaker heeft met de ziektekostenverzekeraar geen contract gesloten. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van de aan hem geleverde orthopedische schoenen te vergoeden.
- 3.3. Bij brief van 20 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat met de orthopedisch schoenmaker geen contract is gesloten en dat om voor vergoeding in aanmerking te komen de schoenmaker een SEMH certificering moet hebben. De nieuwe schoenmaker voldoet niet aan deze eis, zodat het verzoek om vergoeding door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van zijn orthopedische schoenen volledig, dan wel in ieder geval tot 75% te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker heeft in zijn brief van 19 maart 2023, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, verklaard het niet eens te zijn met de afwijzing. Na de eerste afwijzing heeft hij telefonisch geïnformeerd naar de mogelijkheden. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op de verzekeringsvoorwaarden, waarin is vermeld dat de mogelijkheid bestaat een zorgaanbieder te kiezen zonder de zogenoemde certificering. Volgens verzoeker is hem geadviseerd een akkoordverklaring te vragen. Nadat hij dit had gedaan, volgde evenwel een afwijzing.

- 4.3. Verzoeker voert aan dat er in voorgaande jaren verschillende problemen zijn geweest met de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde orthopedisch schoenmaker. Hij is om die reden op zoek gegaan naar een andere schoenmaker. Verzoeker heeft hierbij toegelicht dat de orthopedische schoenen maar eens in de 15 maanden worden verstrekt ten laste van de zorgverzekering en dat hij daarom een nieuw paar via het UWV heeft aangevraagd. Volgens het UWV was het geen probleem de orthopedische schoenen door een andere schoenmaker te laten aanmeten en leveren. Verzoeker heeft zich dan ook tot een andere orthopedische schoenmaker gewend. Deze heeft echter geen contract met de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoeker bleken zijn vorige schoenen - afkomstig van de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde schoenmaker - (productie)fouten te hebben. Zo was het ondersteunende deel in de linkerschoen verwerkt, terwijl dit de rechterschoen moet zijn. Ook bleek het beenlengte verschil niet goed te zijn gecorrigeerd. Verzoeker heeft verder verklaard dat hij met zijn nieuwe schoenen na vier weken veel minder pijn had en dat hij hierdoor minder pijnmedicatie nodig heeft. Ook is zijn uithoudingsvermogen verbeterd. Verzoeker verklaart voorts dat de kosten voor deze orthopedische schoenen € 800,- lager zijn. Bij de eerste afwijzing werd hij door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een filiaal van een gecontracteerde schoenmaker dat 70 kilometer bij hem vandaan ligt. De niet-gecontracteerde schoenmaker is op 5 kilometer afstand gevestigd. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar begrepen dat niet-gecontracteerde schoenmakers zich bij een stichting kunnen aanmelden, zodat wel aan de vereiste voorwaarden wordt voldaan. Verzoeker stelt dat hij er geen moeite mee heeft 25% van de totale kosten van € 1.800,- zelf te betalen, omdat de nieuwe orthopedische schoenen hem veel meer levensgenot bieden en zijn voorkeur uitgaat naar deze niet-gecontracteerde schoenmaker.
- 4.4. Verzoeker heeft het klachtenformulier van de Klachtencommissie NVOS-orthobanda in deze procedure ingebracht. Verzoeker heeft verklaard dat de problemen met de orthopedische schoenen van de gecontracteerde zorgaanbieder door hem zelf werden opgelost of dat hij het erbij liet zitten. Volgens verzoeker was de kwaliteit van de orthopedische schoenen niet geweldig en waren deze na een half jaar al versleten. Nadat hij bij de nieuwe schoenmaker was geweest, bleek de binnenkant van zijn orthopedische schoenen prima te zijn, maar de afwerking van de schoen en zool was een stuk minder van kwaliteit. Verzoeker heeft de gecontracteerde zorgaanbieder gevraagd om de 'leest' van de orthopedische schoenen, maar dit is door hem geweigerd. Verzoeker verklaart dat zijn klacht over de schoenen en de gemaakte fouten niet serieus wordt genomen en dat bij aanpassing de schoen naar het buitenland moet worden gestuurd. Volgens verzoeker is dit niet wenselijk, omdat hij de orthopedische schoenen dan twee maanden kwijt is. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nog geen recht op een nieuw paar orthopedische schoenen en zijn de problemen rond de kwaliteit de verantwoordelijkheid van de schoenmaker. Verzoeker heeft bij zijn klachtenformulier twee foto's meegestuurd waarop is te zien dat de ondersteuning in de linkerschoen is ingebracht, terwijl dit de rechterschoen moet zijn.
- 4.5. In het klachtformulier van 23 augustus 2023 heeft verzoeker herhaald dat hij veel baat heeft bij de nieuwe orthopedische schoenen. Hij is bereid om - zoals in de verzekeringsvoorwaarden staat - 25% van de kosten zelf te betalen. Verzoeker heeft de kosten inmiddels zelf betaald en hij heeft als bewijs daarvan een betaalbewijs meegestuurd. Verzoeker verklaart dat zijn huidige zorgaanbieder geen contract met de ziektekostenverzekeraar heeft, uitsluitend omdat deze geen invalidentoilet en invalidenparkeerplaats heeft.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop toegelicht dat zijn huidige orthopedisch schoenmaker geen contract heeft gesloten met de ziektekostenverzekeraar, omdat deze niet aan alle overige randvoorwaarden die de ziektekostenverzekeraar stelt, wil voldoen. Verzoeker verklaart dat zijn huidige schoenmaker als orthopedisch schoenmaker is gediplomeerd en kwalitatief goede schoenen levert. Hij verklaart verder dat de orthopedische schoenen van zijn huidige schoenmaker goedkoper, € 1.800,- in plaats van € 2.600,-, en kwalitatief beter zijn. Verzoeker vertelt verder dat hij 24 uur per dag morfine slikt en dat dit - mede door zijn nieuwe schoenen - in dosis is gehalveerd. Volgens hem moet de ziektekostenverzekeraar

daar ook rekening mee houden. Verzoeker verklaard verder dat hij al twintig jaren schoenen heeft van de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde schoenmaker, maar dat er altijd iets mis is. Verzoeker vertelt verder dat hij geen vertrouwen meer heeft in de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde schoenmaker. Hij vraagt zicht ten slotte af waarom hij niet 75% vergoed krijgt.

- 4.7. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 20 februari 2023 verklaard dat de aanvraag is afgewezen, omdat de niet-gecontracteerde schoenmaker niet voldoet aan de voorwaarden. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat voor het leveren van orthopedische schoenen de niet-gecontracteerde schoenmaker een certificering moet hebben van het SEMH. Dit is een onafhankelijke stichting, die leveranciers in de gezondheidszorg erkent op basis van erkenningsregelingen, na een uitgebreide toelatingsprocedure. De nieuwe schoenmaker van verzoeker heeft geen SEMH certificering. De ziektekostenverzekeraar heeft om deze reden vergoeding geweigerd.
- 5.2. In zijn brief van 14 juli 2023 verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel B.17.10.1 van het Reglement Hulpmiddelen. Hierin is bepaald dat een niet-gecontracteerde schoenmaker erkend moet zijn conform de Erkenningsregeling Orthopedische Schoentechnische Bedrijven van de SEMH. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat alleen de zorg waarop verzoeker naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen mag worden vergoed. Op basis hiervan moet sprake zijn van doelmatige en adequate zorg. Een hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig of onnodig duur of onnodig ingewikkeld zijn. Volgens de paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar voldoen de aan verzoeker geleverde orthopedische schoenen niet aan de verzekeringsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat het UWV een ander beleid en werkwijze heeft en dat daarnaast alternatieve wet- en regelgeving van toepassing kan zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij een aanvraag voor orthopedische schoenen van deze schoenmaker daarom niet kan goedkeuren.
- 5.3. Bij brief van 15 november 2023, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat hij zijn standpunt handhaaft en geen uitzondering kan maken voor verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft met voornoemde brief de gespreksnotitie van 23 februari 2023 meegestuurd. Volgens hem blijkt hieruit dat er in algemene zin informatie is gegeven over hoe het werkt als een verzekerde zorg wil van een zorgaanbieder waarmee geen contract is gesloten. De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast gesteld dat uit de notitie blijkt dat zijnerzijds geen toezegging is gedaan over wat wel of niet wordt vergoed. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar de twee aanvragen voor orthopedische schoenen meegestuurd.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat de SEMH certificering er juist is om de kwaliteit van orthopedische schoenen te waarborgen en dat de ziektekostenverzekeraar kwaliteitseisen mag stellen. Dat de orthopedisch schoenmaker van verzoeker geen SEMH certificering heeft en ook niet wil aanvragen betekent niet dat deze orthopedisch schoenmaker geen kwaliteit levert. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij de plicht heeft te waarborgen dat te allen tijde deugdelijke zorg wordt geleverd. Daaronder valt ook ontwikkeling en permanente scholing van de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat als de orthopedische schoenen van verzoeker niet goed zijn, hij daarmee kan teruggaan naar de zorgaanbieder. Hij zou hiervoor het verslag van zijn huidige schoenmaker kunnen gebruiken en daarmee de wel gecontracteerde orthopedisch schoenmaker kunnen vragen het probleem op te lossen. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat de schoenen van de gecontracteerde zorgaanbieder duurder kunnen zijn, omdat een deel van de kosten ziet op bijvoorbeeld garantie, service, scholing, een gehandicaptoilet en een invalideparkeerplaats. Tot

slot verklaart de ziektekostenverzekeraar dat ook niet-gecontracteerde zorgaanbieders aan de SEMH certificering moeten voldoen.

- 5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

Zorgverzekering

7. Beoordeling

- 7.1. 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 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Tussen partijen staat vast dat orthopedische schoenen een verzekerde prestatie zijn op grond van de zorgverzekering en dat verzoeker hierop redelijkerwijs is aangewezen. In geschil is de vraag of verzoeker aanspraak heeft op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de door hem bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aangeschafte orthopedische schoenen.
- 7.3. Op basis van artikel B.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel is gebaseerd op bepalingen uit de Bzv en Rzv, bestaat aanspraak op hulpmiddelenzorg. Hierin is onder het kopje 'Zorgverlener' bepaald dat eventuele specifieke eisen aan een zorgaanbieder in het Reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen. Artikel B.17.10.1 van het Reglement Hulpmiddelen is een nadere uitwerking van artikel 2.6, sub e, Rzv in samenhang met artikel 2.12, eerste lid, sub a Rzv.
- 7.4. De commissie stelt vast dat in het Reglement Hulpmiddelen is bepaald dat aanspraak bestaat op orthopedisch schoeisel dat wordt geleverd door een daartoe gecontracteerde zorgaanbieder. Indien het schoeisel door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd dient deze erkend te zijn conform de 'Erkenningsregeling Orthopedische Schoentechnische Bedrijven'. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar een dergelijke kwaliteitseis in zijn Reglement Hulpmiddelen mag opnemen. In de Memorie van Toelichting bij de Zvw is op bladzijde 42 het volgende daarover bepaald:
- "(...) Samenvattend kan worden gesteld dat de wetgever bepaalt wat tot het pakket behoort. Het behoort tot de bevoegdheid van de zorgverzekeraar, in samenspraak met de verzekerde, te bepalen door wie en waar de verzekerde zorg verleend wordt. De functiegerichte omschrijving van de aanspraken leidt niet tot een grotere omvang van de aanspraken. Van belang in dit verband is de vaststelling dat de vraag of verzekerde zorg daadwerkelijk aan een verzekerde geleverd moet worden niet door de zorgverzekeraar, maar altijd op medisch-inhoudelijke gronden dient te worden beantwoord. (...)"*
- 7.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder van verzoeker niet beschikt over de vereiste certificering van het SEMH. Dat de zorgaanbieder hieraan niet voldoet, is door verzoeker niet bestreden. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar op grond van de verzekeringsvoorwaarden niet tot vergoeding is gehouden. Een gedeeltelijke vergoeding, op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerd

tarief, is blijkens de voorwaarden van de zorgverzekering alleen aan de orde als de zorgaanbieder niet is gecontracteerd, maar wél aan voornoemd vereiste voldoet. Die situatie doet zich hier niet voor. Naar het oordeel van de commissie dient, mede gelet op de stellingen van verzoeker, vervolgens te worden beoordeeld of toepassing van dit vereiste leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dat laatste is hier niet het geval, nu het vereiste betrekking heeft op de kwaliteit - en daarmee op de doelmatigheid van zorg - en de beoordeling geschiedt door een van de ziektekostenverzekeraar onafhankelijke organisatie. Of, en om welke reden de orthopedische schoenmaker van verzoeker niet in aanmerking wil komen of komt voor certificering door deze organisatie moet in het kader van deze procedure in het midden blijven. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoeker dat het UWV in een eerder geval wel akkoord is gegaan met levering van orthopedische schoenen door deze zorgaanbieder aan verzoeker. Dat verzoeker kosten heeft gemaakt die voor zijn rekening blijven, ligt in zijn risicosfeer.

Slotson

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 januari 2024,

H.A.J. Kroon

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 sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoordverklaring 1° verstrekking nodig van!	Akkoordverklaring nodig van ons (zie noot 1):	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
B.17.10.: Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem (Artikel 2.12 Regeling)						
B.17.10.1. Hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging (Artikel 2.12.1.A Regeling)						
Orthesen	Voor permanent gebruik bij een ernstige aandoening	Gecontracteerde zorgverlener Zorgverzekeraar bij: - Complexe orthesen (uw gecontracteerde zorgverlener kan u hierover informeren)	Bij tweede voorziening	Medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist	Eigendom	Niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens Erkenningsregeling Orthopedische Instrumentmakerijen De zorg omvat niet: Hulpmiddelen die uitsluitend worden gebruikt voor sport
Orthopedisch schoeisel		Gecontracteerde zorgverlener	Bij: - vervangingen binnen de gebruikstermijn - overige aanpassingen aan confectieschoenen (OVAC) boven de € 400,- - voorlopige orthopedische schoenen (VLOS)	Huisarts of podotherapeut bij laagcomplexere zorg. Orthopedisch chirurg, revalidatie-arts, reumatoloog, specialist ouderengeneeskunde, physician assistant of verpleegkundig specialist bij hoogcomplexere zorg.	Eigendom	Niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn conform Erkenningsregeling Orthopedische Schoentechnische Bedrijven Wettelijke eigen bijdrage voor orthopedisch schoeisel per paar - jonger dan 16 jaar: € 63,- - 16 jaar en ouder: € 126,- De zorg omvat niet: Werkschoenen en Hulpmiddelen die uitsluitend worden gebruikt voor sport

verzekeringsvoorwaarden). Daarom wordt een bereiding van capsules met paracetamol tegen pijn en koorts ook niet vergoed.

Er geldt een uitzondering als dat bij ministeriële regeling is bepaald. Deze medicijnen kunt u vinden op internet: www.wetten.overheid.nl. De minister kan een medicijn aanwijzen als het gaat om:

- o een bereiding in de overbruggingstijd. Het medicijn is dan wel aangemeld maar er is nog geen besluit genomen over opname in het GVS;
- o een medicijn dat niet in het GVS wordt opgenomen omdat het te duur is terwijl de bereiding wel een acceptabele prijs heeft.
- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een niet-geregistreerd medicijn én niet is opgenomen in het GVS. Ook deze medicijnen kunt u vinden op internet: www.wetten.overheid.nl.
- een warenwetproduct: dit is geen medicijn, maar een product zoals shampoo of handcrème;
- een medicijn om ziekten op reis te voorkomen. Bijvoorbeeld een aangepaste dosering van malariatabletten;

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Een wettelijke eigen bijdrage is van toepassing als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.
- Het gaat om rationale farmacotherapie. Zie artikel B.15.1.a. "Medicijnen algemeen".
- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationale farmacotherapie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.16. Dieetpreparaten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - o voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn;
 - o afslankproducten, ook niet als zij als dieetpreparaat geregistreerd zijn;
 - o aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk en dergelijke;
 - o verdikkingsmiddelen;
 - o 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 Akkoordverklaring, nadere voorwaarden.):
 - o U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
 - o 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 ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
 - o U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid:

wetten.overheid.nl.

Als sprake is van een allergie worden de dieetpreparaten vergoed vanaf het moment dat de allergie is bewezen.

Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (kea) worden provocatietesten gedaan. De testperiode voorafgaand aan de diagnose komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Behandelaars

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

vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsverklaring. De zorgverlener 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.

Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.znformulieren.nl. onder Farmacie, dieetpreparaten.

Buiten de artsverklaring is er ook altijd een mogelijkheid om een individuele akkoordverklaring aan te vragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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 website van de overheid: wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u bent verzekerd voor 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.
- Deze zorg wordt verrekend met 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 opname 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;
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn. Dit zijn hulpmiddelen die niet één-op-één een relatie hebben met een beperking of stoornis die u heeft en/of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators en aangepast eetgerei.
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen in het dagelijks leven vervangen en niet bijzonder kostbaar zijn. Bijvoorbeeld een opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- 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 artikel D.4. Sommige hulpmiddelen die onder uw zorg-

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:

- (...)
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- (...)

Artikel 2.12

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel e, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, toe te passen bij een ernstige aandoening, waarop de verzekerde permanent en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen.
 - b. hulpmiddelen, niet zijnde een hulpmiddel voor verzorging en verpleging op bed als omschreven in artikel 2.17, ter compensatie van beperkingen bij het:
 - 1°. lopen;
 - 2°. gebruiken van hand en arm;
 - 3°. veranderen en handhaven lichaamshouding;
 - 4°. zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;
 - 5°. gebruik van communicatieapparatuur.
2. In het geval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor een beperkte of onzekere duur.
3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat niet
 - a. hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken;
 - b. eenvoudige hulpmiddelen te gebruiken bij beperkingen bij het eten en drinken;
 - c. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij de aanpassing uitsluitend een sta-opsysteem betreft;
 - d. eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen.
4. Voor ADL-honden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.