



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Hulpmiddelenzorg, neurostimulator, Cefaly, behandeling van migraine, stand van de
wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201901045

Zittingsdatum : 22 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 24 september 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 november 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 20 november 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Partijen hebben beide meegedeeld af te zien van een hoorzitting.
- 2.4. Bij brief van 24 december 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019057755) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 24 december 2019 aan partijen gestuurd. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld schriftelijk te reageren op het advies. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft al jaren last van migraine. De behandelend neuroloog heeft op 26 februari 2019 aan haar een Cefaly neurostimulator voorgeschreven. Verzoekster heeft bij brief van 5 maart 2019 de ziektekostenverzekeraar gevraagd om vergoeding hiervan.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 maart 2019 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 18 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 24 december 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"Het Zorginstituut is op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering van mening dat verzoekster geen aanspraak maakt op vergoeding van de kosten van de Cefaly®. Gelet op het

advies van de medisch adviseur voldoet behandeling van migraine door middel van de Cefaly® niet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.”

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft de commissie aanvankelijk verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de Cefaly uit coulance aan haar moet vergoeden. Na wijziging van haar verzoek, heeft zij de commissie verzocht te beslissen dat de Cefaly neurostimulator als hulpmiddel bij de behandeling van migraine voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de kosten alsnog aan haar moet vergoeden.

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 2.12 van de zorgverzekering en artikel 2.10 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 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Verzoekster heeft al jaren last van migraine. Zij heeft hiervoor meerdere artsen geconsulteerd, en ook verschillende alternatieve geneeswijzen en andere behandelmogelijkheden geprobeerd. Dit heeft echter niet het gewenste resultaat gehad. Begin 2019 heeft de behandelend neuroloog een Cefaly neurostimulator aan haar voorgeschreven. Door het gebruik van dit hulpmiddel heeft verzoekster veel minder klachten.

Verzoekster merkt in de eerste plaats op dat andere ziektekostenverzekeraars de Cefaly neurostimulator wél vergoeden. Zij vindt dat er één lijn moet worden getrokken in dit soort zaken. Verzoekster heeft voorts, in haar brief van 24 september 2019, voorgesteld dat de ziektekostenverzekeraar het hulpmiddel uit coulance vergoedt. Tijdens het telefoongesprek van 1 oktober 2019 heeft zij evenwel meegedeeld dit onderdeel van haar verzoek niet langer te handhaven.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor de Cefaly neurostimulator afgewezen, omdat dit hulpmiddel niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar voert ter onderbouwing hiervan aan dat het Zorginstituut geen standpunt heeft uitgebracht over de Cefaly neurostimulator, deze niet is opgenomen in de richtlijnen van de neurologen, er geen systematische reviews bekend zijn, en de AETNA de kosten niet vergoedt. Er is slechts één randomized clinical trial bekend, waarbij is geconcludeerd dat verder onderzoek noodzakelijk is.

6.4. De commissie overweegt dat met de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn, die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.

- 6.5. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of de behandeling van migraine met een Cefaly neurostimulator overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.6. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.7. Het Zorginstituut heeft de zorg die in geschil is beoordeeld. Het advies van 24 december 2019 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut heeft een literatuursearch uitgevoerd. De daarmee gevonden publicaties gaven volgens het Zorginstituut telkens onvoldoende informatie over de effectiviteit en veiligheid van de behandeling van migraine met een Cefaly neurostimulator in vergelijking met de conventionele behandeling. Op grond van het verrichte onderzoek is het Zorginstituut tot de conclusie gekomen dat de behandeling van migraine met een Cefaly neurostimulator niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 6.8. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit dan ook over. Verzoekster heeft haar standpunt, dat de behandeling van migraine met een Cefaly neurostimulator wél overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk, niet aannemelijk gemaakt. Er is geen sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De kosten van het hulpmiddel blijven om die reden voor eigen rekening.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. Tevens werd een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Deze biedt geen dekking voor het gevraagde, en blijft om die reden verder onbesproken.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 januari 2020,

J.A. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

4. Overige stukken

Besluit zorgverzekering

Geldig van 26-06-2019 t/m heden

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.

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.

Zorgverzekeringswet

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

Geldig van 26-06-2019 t/m heden

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

Geldend van 02-10-2019 t/m heden

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. [Red: 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.** [Red: 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.** [Red: vervallen;]
- v.** [Red: vervallen;]
- w.** [Red: vervallen;]
- x.** [Red: vervallen;]
- y.** uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z.** [Red: vervallen;]
- aa.** [Red: vervallen;]
- bb.** [Red: vervallen;]
- cc.** [Red: vervallen;]
- dd.** [Red: vervallen;]
- ee.** [Red: vervallen;]
- ff.** [Red: vervallen;]
- gg.** [Red: vervallen;]

hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

2.7 Dekking

2.7.1 Omvang van de dekking

- a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat u van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.
- b. Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als u naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan u echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland u dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
- c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en -bij het ontbreken van een zodanige maatstaf- door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- d. U heeft recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- e. De vraag of u behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- f. U heeft geen recht op zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan de in artikel 2.7.1 onder c. genoemde criteria voldoen kunnen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:

- a. tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- b. tot 1 juli 2019 behandeling met tumorinfiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- c. tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- d. tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- e. tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.9 Hulpmiddelenzorg

Inhoud zorg

U heeft recht op functionerende hulp- en wondverzorgingsmiddelen zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering. In het door De Friesland vastgestelde Reglement Hulpmiddelenzorg zijn toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumerichtlijnen opgenomen. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd.

Let op! U heeft uitsluitend recht op wondverzorgingsmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Wie mag deze zorg verlenen?

Een leverancier van hulpmiddelen. Als u voor een hulpmiddel naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel vinden in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Hulpmiddelen in bruikleen

Voor enkele hulpmiddelen geldt dat deze in bruikleen worden verstrekt. In het Reglement Hulpmiddelenzorg is aangegeven welke hulpmiddelen dit betreft. Hulpmiddelen worden alleen in bruikleen verstrekt door leveranciers waarmee De Friesland hiervoor een overeenkomst heeft gesloten. Voor verstrekking hiervan kunt u dus niet terecht bij een niet-gecontracteerde leverancier. Mocht u toch een bruikleenhulpmiddel in eigendom willen aanschaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier, dan is in het Reglement Hulpmiddelenzorg aangegeven hoe wij in dat geval uw vergoeding berekenen.

Let op! Als u ervoor kiest een bruikleenhulpmiddel in eigendom aan te schaffen, kan de vergoeding ten laste van uw verplichte en vrijwillige eigen risico komen. Hulpmiddelen in bruikleen komen niet ten laste van het eigen risico, met uitzondering van bijbehorende verbruiksartikelen.

Eigen bijdrage

In een aantal gevallen genoemd in de Regeling zorgverzekering bent u een eigen bijdrage verschuldigd ter hoogte van:

- a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde maximaal te vergoeden bedrag;
- b. een bedrag wegens besparing van kosten.

Als dit het geval is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Toestemming vooraf

Voor sommige hulpmiddelen heeft u pas recht op aanschaf, reparatie, wijziging of vervanging van een hulpmiddel na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland. Als voorafgaande toestemming noodzakelijk is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het laagste tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventuele eigen bijdrage vergoeden wij niet. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor uw rekening. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

Let op! Wij vergoeden geen hulpmiddelen geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier die niet aan de door De Friesland gestelde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoet. Raadpleeg daarom altijd het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van hulpmiddelen die u in bruikleen krijgt.

3.10 IVF (In-vitrofertilisatie)

Inhoud zorg

Als u op het moment van aanvang van de zorg jonger bent dan 43 jaar, heeft u recht op:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. de follikelpunctie;
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte, met als doel zwangerschap te doen ontstaan.

U heeft uitsluitend recht op de eerste, tweede en derde IVF-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. Er is sprake van een IVF-poging vanaf het moment dat een follikelpunctie is geslaagd. Na een doorgaande zwangerschap heeft u opnieuw recht op drie IVF-pogingen zolang u bij aanvang van een poging jonger bent dan 43 jaar. Van een doorgaande zwangerschap is sprake:

- a. bij een spontaan ontstane zwangerschap van ten minste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;
- b. vanaf tien weken na de geslaagde follikelpunctie;

Voorafgaande toestemming nodig bij gecontracteerde leverancier U heeft voorafgaande toestemming van De Friesland nodig voor de hulpmiddelen die onder dit artikel vallen.
Bijzonderheden Geen

3.6 Uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn met toebehoren

Artikel Regeling zorgverzekering 2.6 y
Voorbeeld TENS-apparatuur.
Eigendom of bruikleen U ontvangt deze hulpmiddelen in eigendom.
Wie mag het hulpmiddel voorschrijven De behandelend arts of fysiotherapeut.
Richtlijn voor minimale gebruiksduur N.v.t.
Specifieke kwaliteitseisen Geen
Wettelijke eigen bijdrage/maximale vergoeding N.v.t.
Voorafgaande toestemming nodig bij gecontracteerde leverancier Nee
Bijzonderheden Dit hulpmiddel wordt verstrekt na een proefperiode van ten minste drie weken met positief resultaat.

3.7 Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan.

Artikel Regeling zorgverzekering 2.8
Nadere omschrijving a. hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van: 1° de onderste en bovenste extremiteiten, inclusief oplaadinrichting en batterijen indien het gaat om hulpmiddelen met een energievoorziening; 2° de mamma; 3° de stembanden, voor zover deze hulpmiddelen niet vallen onder medisch specialistische zorg; 4° het haar indien er sprake is van gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid als gevolg van een medische aandoening of behandeling van medische aard. b. hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van: 1° de oogbol; 2° het gelaat.
Voorbeelden a. 1°: been- en armprothesen; a. 2°: borstprothesen; a. 3°: stemprothesen; a. 4°: pruiken/haarwerken; b. 1°: oogprothesen, scleraschaal, scleralens (zonder visuscorrectie); b. 2°: oor- of neusprothesen.