

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202500378

## Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 15 september 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 2 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 december 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Op 12 december 2025 heeft verzoekster een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 30 december 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. De ziektekostenverzekeraar is op 1 april 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Extra en AV Tand Extra (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft in 2024 een paar confectieschoenen gekocht en deze laten aanpassen. De kosten van deze aanpassing, te weten een bedrag van € 90,-, heeft verzoekster op 29 oktober 2024 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. Bij brief van 8 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.

- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere malen om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 5 december 2024 en 15 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

### 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de schoenaanpassing te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij brieven van 22 februari 2025 en 15 september 2025 toegelicht dat zij in 2000 is gediagnosticeerd met hallux rigidus. Het betreft een blijvende aandoening en verzoekster zal daarom altijd aangepaste schoenen nodig hebben. In het verleden is bepaald dat zij iedere twee jaar aanspraak heeft op aanpassing van een paar schoenen. De kosten van deze orthopedische aanpassingen zijn ook telkens door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 3.3. In de afgelopen jaren heeft verzoekster schoenen gekocht met houten zolen, waardoor zij geen problemen had met het afwikkelen van de voeten. Hiermee heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar jarenlang kosten bespaard. De fabrikant is echter gestopt met het maken van deze schoenen. Verzoekster was daarom aangewezen op confectieschoenen met een normale zool, die moesten worden aangepast. Zij heeft de door haar gekochte schoenen laten aanpassen, zoals zij dat overigens in het verleden ook heeft laten doen.
- 3.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar komt de aanpassing niet voor vergoeding in aanmerking, omdat het te plaatsen balkje minimaal vier centimeter moet zijn. Echter, de dikte van het balkje heeft niets te maken met de klachten van verzoekster. Zij mag de voetzool niet buigen tijdens het lopen, dus een stalen plaatje van 2 millimeter zou hiervoor de juiste oplossing zijn. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat verzoekster de noodzaak van de aanpassing eerst door een orthopeed had moeten laten vaststellen. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat zij zich niet opnieuw tot een orthopeed heeft gewend, omdat haar aandoening blijvend is. Zij heeft hierbij opgemerkt dat een blinde verzekerde zich na tien jaar ook niet opnieuw tot een oogarts hoeft te wenden om de blindheid te laten vaststellen. Dit geldt eveneens voor een dove verzekerde. Haar echtgenoot krijgt elke twee jaar nieuwe steunzolen, zonder tussenkomst van een arts. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster zich voor de aanpassing tot een SEMH-gecertificeerde leverancier had moeten wenden. Bij een gecertificeerde SEMH-leverancier zijn de kosten evenwel aanmerkelijk hoger, namelijk € 160,- in plaats van € 90,-.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij al jaren klachten heeft bij het afwikkelen van de voet. Zij heeft hiervoor een medisch traject doorlopen. Uiteindelijk is verzoekster gediagnosticeerd met hallux rigidus. Om dit te behandelen waren twee opties, namelijk het vastzetten van het gewricht of het gebruik van aangepaste schoenen. Het lopen op blote voeten zou de klachten verergeren. In huis loopt verzoekster op schoenen die voor haar een perfecte zool hebben. Zomers loopt zij op een paar schoenen die zijn afgewerkt met een afwikkelbalkje. Deze schoenen zijn vijftien jaar oud en de kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Op enig moment ontdekte verzoekster een nieuw model schoenen met een afwikkelstand die perfect voor haar was. Met deze schoenen ervaarde zij geen klachten. Door het gebruiken van deze schoenen zijn jarenlang zorgkosten bespaard. Echter, dit type schoen wordt niet meer gemaakt. Daarom zijn nieuwe schoenen aangeschaft die moesten worden aangepast. De kosten zijn bij ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van een functiestoornis van de voet, maar een afwikkelprobleem is een functiestoornis. Verder blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar uit het dossier dat sprake is van hallux rigidus, maar is er alsnog een verwijzing nodig. Vanwege het

aanzienlijke tijdverloop sinds de diagnose, kan de oude diagnose blijkbaar niet worden gezien als een indicatie voor de speciale schoenen. Dit voelt als een motie van wantrouwen. Aan iemand die een arm mist, wordt niet gevraagd om dit opnieuw te laten vaststellen. Om de aanpassingen vergoed te krijgen, moet de huisarts worden gevraagd om een verwijzing voor een röntgenfoto en behandeling door een orthopeed. Dit zorgt voor meer zorgkosten. Blijkbaar is het een fout geweest om gebruik te maken van zelf bekostigde schoenen.

Het is begrijpelijk dat de eerste keer de procedure zoals beschreven in de voorwaarden van de zorgverzekering wordt gevolgd. Na het eerste akkoord van de ziektekostenverzekeraar is verzoekster ervan uitgegaan dat zij steeds vergoeding kon krijgen. De kosten van een gecertificeerde schoenmaker zijn aanmerkelijk duurder dan de plaatselijke schoenmaker. Het is onbegrijpelijk dat dit nodig is. Verder geldt dat verzoekster een nieuwe huisarts heeft die niet bekend is met haar voetproblematiek.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de ingediende declaratie op de juiste gronden is afgewezen. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 2 december 2025 toegelicht dat verzoekster zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft gewend. Op grond van het Reglement Hulpmiddelen – Basis 2024 geldt dat in dat geval vooraf een aanvraag - met motivering van de voorschrijver en een offerte - behoort te worden ingediend. Verzoekster heeft de aanpassing al laten uitvoeren door een niet-gecontracteerde en tevens niet SEMH-gecertificeerde partij. De ingediende aanvraag ging enkel vergezeld door een bon en een korte beschrijving van de betreffende aanpassing, te weten het plaatsen van een afwikkelbalk onder een confectieschoen. In de aanvraag zelf volstaat verzoekster met de mededeling dat zij is gediagnosticeerd met hallux rigidus, met daarbij de mededeling dat vanwege schoenen met een houten zool voorheen geen aanpassing nodig was. De informatie bij de aanvraag betreft geen motivering door de voorschrijver. Daarmee is niet voldaan aan de voorwaarden die gelden voor aanspraak op vergoeding van orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen.
- 4.2. In de door verzoekster overgelegde brief van 5 juni 2025 van de revalidatiearts wordt onder meer geadviseerd tot het proberen van semi-orthopedische schoenen dan wel confectieschoeisel met aanpassingen. Verwezen wordt hierbij naar een eerder advies van een andere revalidatiearts, eveneens tot het gebruik van aanpassingen aan confectieschoeisel. Deze brief dateert echter van 4 mei 2010, dus ruim 15 jaar geleden. Gezien het aanzienlijke tijdsverloop kan deze brief niet (meer) worden gezien als motivering van de voorschrijver voor deze aanvraag.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de kosten mogelijk wel konden worden vergoed, als de juiste procedure was gevolgd. In de voorwaarden van de zorgverzekering zijn afspraken gemaakt die gelden tussen partijen. Deze afspraken moeten worden nagekomen. Als er vragen zijn over de afspraken die zijn gemaakt, is het de bedoeling dat contact wordt opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In de voorwaarden van de zorgverzekering staat onder meer dat een verwijzing maximaal één jaar geldig is en daarom is de oude brief niet voldoende. Om een uitzondering te maken op de voorwaarden van de zorgverzekering zijn zwaarwegende gronden nodig. In dit geval gaat het niet om de vraag of verzoekster de schoenaanpassingen nodig heeft, maar om de vraag of de procedure juist is gevolgd en daarbij of een gecertificeerde zorgaanbieder is gekozen.  
De huisarts kan een verwijzing opstellen die, afhankelijk van de inhoud, voldoende kan zijn voor een indicatie. Een brief vergelijkbaar met de oude brief van de huisarts zou voldoende kunnen zijn. Een verwijzing van een orthopeed is niet noodzakelijk. Om een aanvraag in te dienen is een verwijzing van de huisarts met daarin een motivatie nodig en een offerte van een zorgaanbieder met het juiste certificaat. Bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt namelijk een toestemmingsvereiste. Na akkoord van de ziektekostenverzekeraar kan worden overgegaan tot

aanschaffen. Het is wel van belang dat verzoekster zich wendt tot een zorgaanbieder met het juiste certificaat.

De kosten van een gecertificeerde zorgaanbieder zijn inderdaad hoger. Het certificaat is voor de ziektekostenverzekeraar van belang, omdat hij vooraf een bepaalde kwaliteit moet garanderen.

## **5. Bevoegdheid van de commissie**

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## **6. Beoordeling**

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 3.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering en nader uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen – Basis 2024 (hierna: het reglement) van de ziektekostenverzekeraar. Op grond van artikel 2.6, onderdeel e, Rzv in samenhang met artikel 2.12 Rzv bestaat aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Deze aanspraak is opgenomen in artikel 4.2.3. van het reglement. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster vanwege haar aandoening in beginsel aanspraak heeft op orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen. Hetgeen verzoekster in dit verband heeft gesteld, neemt de commissie daarom voor kennisgeving aan. Wat partijen verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door verzoekster gemaakte kosten voor een schoenaanpassing door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 6.3. In voornoemd artikel 4.2.3. van het reglement is bepaald dat voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig is als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De aanvraag, voorzien van een motivering door de voorschrijver en een offerte, moet vooraf bij de ziektekostenverzekeraar worden ingediend. Verder is bepaald dat orthopedische schoenen en schoenaanpassingen alleen worden vergoed als de niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gecertificeerd door de Stichting Erkenningregeling Medisch Hulpmiddelenbedrijf (SEMH) op basis van de erkenningsregelingen voor Orthopedische Schoentechnische Bedrijven (OBS).
- 6.4. De commissie constateert dat in het onderhavige geval niet is voldaan aan de voorwaarden die gelden voor de aanspraak op orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar niet om voorafgaande toestemming gevraagd, maar heeft achteraf een aanvraag, en een nota ingediend. Daarnaast heeft zij zich tot een niet SEMH-gecertificeerde leverancier gewend. Dat de kosten van aanpassing door een SEMH-gecertificeerde leverancier hoger zouden zijn geweest, zoals door verzoekster is gesteld, doet hier niet aan af.
- 6.5. De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar een rechtens te respecteren belang heeft bepaalde kwaliteitseisen te stellen. De voorwaarde van het gecertificeerd zijn van de leverancier is een redelijk middel om dit te waarborgen.

De stelling van verzoekster dat zij de ziektekostenverzekeraar gedurende jaren kosten heeft bespaard door te kiezen voor schoenen met houten zolen kan in dit verband niet overtuigen. Dit geldt ook voor de enkele stelling dat haar echtgenoot elke twee jaar steunzolen krijgt aangemeten. Hoewel de commissie zich kan voorstellen dat verzoekster de afwijzing van vergoeding tegen deze achtergrond als onterecht ervaart, is dit onvoldoende om tot toewijzing van haar verzoek te komen. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over het blijvende karakter van haar aandoening kan evenmin ertoe leiden dat aan de toepasselijke, in het reglement opgenomen, voorwaarden voor vergoeding geheel moet worden voorbijgegaan. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de in geschil zijde kosten ten laste van de zorgverzekering.

*Slotsom*

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **7. Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 mei 2026,

A. de Ruijter

## **Informatie voor partijen**

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

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

## **BIJLAGE – Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

---

## 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, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes;
- 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 2.12

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-opstelsysteem 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.

## 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 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

## Eigen risico

Deze zorg valt 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.

In afwijking hiervan geldt de volgende beperking als u een Zelf Bewust Polis heeft. Diabetes-, incontinentie-, stoma- en wondverzorgingshulpmiddelen (DISW-hulpmiddelen) bent u verplicht online bij de medische speciaalzaak te bestellen. Met online bestellen bedoelen wij dat u de hulpmiddelen bestelt via een webshop of een andere beveiligde omgeving op de website van de medische speciaalzaak die specifiek bedoeld is voor het online bestellen van hulpmiddelen. Op onze website bij [Zorgwijzer](#) kunt u onder '[Zorgzoeker](#)' vinden bij welke medische speciaalzaken u hiervoor terecht kunt. Ook vindt u op onze website een lijst met veel voorkomende DISW-hulpmiddelen.

### 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 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde 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 verstaan wij onder meer 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.

### Let op!

Verzekerden van 18 tot 21 jaar hebben recht op vergoeding van een spiraal en de plaatsing daarvan. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige geldt het eigen risico alleen voor de spiraal en niet voor de plaatsing. Bij plaatsing door een gynaecoloog geldt het eigen risico voor zowel de spiraal als voor de plaatsing.

## 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.

Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts. Hieruit moet blijken dat u recht heeft op IVF of ICSI.

Omschrijving	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft. De leverancier vraagt namens u toestemming aan bij ons.	U heeft vooraf toestemming van ons nodig. Hiervoor moet u de aanvraag, motivatie en offerte bij ons indienen.
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	Ja, u bent eigen risico verschuldigd.	
Vergoeding	100%	Maximaal 80% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).
Bijzonderheden		Orthesen vergoeden wij alleen, als de niet door ons gecontracteerde leverancier gecertificeerd is door de Stichting Erkenningregeling Medisch Hulpmiddelenbedrijf (SEMH) op basis van de erkenningregelingen voor Orthopedische Instrumentenmakerijen (OIM).

#### 4.2.3 Orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen

Omschrijving	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Bruikleen of eigendom	In eigendom	
Toestemming nodig?	Nee, u kunt direct contact opnemen met de leverancier. Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig.	Ja, u moet vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen.
Voorschrijver	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Voor orthopedisch schoeisel heeft u een verwijzing van een behandelend medisch specialist, physician assistent of verpleegkundig specialist nodig</li> <li>· Voor orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen is een verwijzing van de behandelend arts voldoende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Voor orthopedisch schoeisel heeft u een verwijzing van een behandelend medisch specialist, physician assistent of verpleegkundig specialist nodig</li> <li>· Voor orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen is een verwijzing van de behandelend arts voldoende</li> </ul>

Omschrijving	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Gebruikstermijn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzekerden tot 16 jaar: recht op 1 paar adequaat schoeisel</li> <li>• Verzekerden van 16 jaar en ouder: recht op 2 paar adequaat schoeisel</li> </ul> <p>De leverancier beoordeelt wat adequaat is voor u. Wanneer het eerste paar adequaat is gebleken dan kan na, indien van toepassing, 3 maanden het tweede paar geleverd worden.</p> <p>De minimale gebruikstermijn van schoeisel is 18 maanden.</p>	
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	U kunt contact opnemen met de leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft.	
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	<p>Ja, een wettelijke eigen bijdrage voor schoenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzekerden tot 16 jaar: € 65,- per paar</li> <li>• Verzekerden van 16 jaar en ouder: € 130,- per paar</li> </ul> <p>Bij levering van 1 adequate schoen of 1 voorlopige orthopedische schoen (VLOS) geldt de helft van de eigen bijdrage.</p> <p>Voor orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen (OVAC) is geen wettelijke eigen bijdrage van toepassing.</p> <p>Ook bent u eigen risico verschuldigd.</p>	<p>Ja, een wettelijke eigen bijdrage voor schoenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzekerden tot 16 jaar: € 65,- per paar</li> <li>• Verzekerden van 16 jaar en ouder: € 130,- per paar</li> </ul> <p>Bij levering van 1 adequate schoen of 1 voorlopige orthopedische schoen (VLOS) geldt de helft van de eigen bijdrage.</p> <p>Voor orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen (OVAC) is geen wettelijke eigen bijdrage van toepassing.</p> <p>Ook bent u eigen risico verschuldigd.</p>
Vergoeding	100%	Maximaal 80% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).
Bijzonderheden		Orthopedische schoenen vergoeden wij alleen, als de niet door ons gecontracteerde leverancier gecertificeerd is door de Stichting Erkenningsregeling Medisch Hulpmiddelenbedrijf (SEMH) op basis van de erkenningsregelingen voor Orthopedische Schoentechnische Bedrijven (OSB).