



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Hulpmiddelenzorg, Freestyle Libre, indicatie, substitutie

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

Zaaknummer : 201902500

Zittingsdatum : 6 mei 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 3 januari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 maart 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 11 maart 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 7 april 2020 heeft Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020013135) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 7 april 2020 aan partijen gestuurd, waarbij aan hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Verzoeker heeft dit bij brief van 7 april 2020 gedaan. Een kopie van deze brief is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 7 mei 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 28 mei 2020 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 juni 2020 gereageerd. Een afschrift hiervan is aan verzoeker toegezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend* en Aanvullend Tand** (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft diabetes type 1 en moet als gevolg van deze aandoening zijn bloedsuiker controleren. Hiervoor maakte hij in 2019 gebruik van teststrips. Verzoeker heeft op 20 september 2019 telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar verzocht de Freestyle Libre te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit gesprek aan verzoeker meegedeeld dat hij hiervoor niet in aanmerking komt.

3.3. Op 1 november 2019 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht dan ten minste het bedrag te vergoeden zoals hij tot dat moment voor de teststrips ontving, waarbij hij het verschil in vergoeding en de kosten van de Freestyle Libre voor eigen rekening neemt. In dit gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar dit verzoek afgewezen.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Op 12 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

3.5. Uit de factuur van 5 december 2019 blijkt dat verzoeker vijf sensoren voor de Freestyle Libre heeft aangeschaft. De kosten hiervan heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Bij brief van 3 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat aanvullende informatie nodig is om te beoordelen of verzoeker recht heeft op de vergoeding van de kosten. Verzoeker heeft deze informatie niet aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten om die reden niet vergoed.

3.6. Vanaf 6 januari 2020 worden de kosten die samenhangen met (het gebruik van) de Freestyle Libre namens verzoeker gedeclareerd door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier.

3.7. Op 7 april 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"(...) Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verzoeker een verzekeringsindicatie had voor de afgenomen hulpmiddelen op het moment dat deze aan hem zijn geleverd (5 december 2019). In het dossier zijn geen medische gegevens aanwezig om te kunnen vaststellen of verzoeker op dat moment een indicatie had voor een FGM. Er ontbreekt in het dossier namelijk een aanvraagformulier of een verklaring van een behandelend internist waaruit dat op te maken is.

Ook ontbreekt in het dossier een ingevuld aanvraagformulier van na 10 december 2019. Hierdoor is eveneens niet na te gaan of verzoeker behoort tot de indicatiegroep die vanaf 10 december 2019 aanspraak kan maken op vergoeding van de FGM, namelijk de personen met diabetes mellitus type 1 en 2 met een intensief insulineschema (basaal-bolus). Uit het feit dat een gecontracteerde fabrikant vanaf januari 2020 wel een FGM bij verweerder declareert en verweerder deze vergoedt, is er een vermoeden dat verzoeker tot een van deze indicatiegroepen behoort. Verzoeker is mogelijk een diabetes type 1 patiënt met een intensief insulineschema (basaal-bolus). (...)"

3.8. Op 28 mei 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"(...) Met verwijzing naar het voorlopig advies hangt de vraag of een hulpmiddel kan worden vergoed onder meer af van de vraag of het hulpmiddel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv). Als het gaat om een positief standpunt kan het van belang zijn dat het Zorginstituut aangeeft op welk moment voldaan is aan dit criterium. Dat is het moment waarop de zorg tot de te verzekeren prestaties is gaan behoren (indien ook aan de overige voorwaarden is voldaan). Het gaat er dan om dat wordt vastgesteld op welk moment de gegevens die bepalend, doorslaggevend zijn voor de omslag (de conclusie dat de zorg is gaan voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk') door publicatie openbaar zijn geworden. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de gegevens uit een bepaald wetenschappelijk onderzoek of de binnen de beroepsgroep bereikte consensus de doorslag geven. De publicatiedatum van de betreffende gegevens is dan de datum van omslag. Van geval tot geval moet dit worden vastgesteld.

De datum van inwerkingtreding van een standpunt staat in het standpunt aangegeven. Zoals aangegeven in het voorlopig advies is het standpunt van 30 april 2018 inwerking getreden op 27 november 2017 en is het standpunt van 10 december 2019 inwerking getreden op 10 december 2019. Voor het standpunt van 10 december 2019 is het volgende overwogen. Er zijn voor dit standpunt pas in de zomer 2019 nieuwe inzichten gepubliceerd over hoe de gemeten waarden met FGM in samenhang beoordeeld moeten worden. Na die tijd zijn nog

observationele studies gepubliceerd die van belang waren voor de beoordeling. Ook heeft de beroepsgroep ons nog in de loop van november 2019 inzichten verschaft die relevant waren voor de interpretatie van de voor handen zijnde gegevens over effectiviteit. Vrij snel daarna heeft de Raad van Bestuur het standpunt vastgesteld. Omdat het niet mogelijk was één specifieke publicatie als doorslaggevend voor het positieve standpunt aan te wijzen (hetgeen zich vaker voordoet), is er voor gekozen om als datum van inwerkingtreding aan te houden de datum waarop het standpunt openbaar is geworden door vaststelling door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de Freestyle Libre in 2019 moet vergoeden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar in 2019 tenminste een vergoeding moet toekennen gelijk aan de vergoeding aan teststrips waarop verzoeker recht had.

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 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 de aanspraak op hulpmiddelen 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben een geschil over de vergoeding van een Flash Glucose Monitoringsysteem (FGM), de FreeStyle Libre. Het FGM is een uitwendig hulpmiddel te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, zoals bedoeld in artikel 2.6, onder o, Rzv. Er bestaat aanspraak op dit hulpmiddel vanaf het moment dat het voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals beschreven in artikel 2.1, derde lid, Bzv. Het Zorginstituut is aangewezen om onder andere over dit laatste criterium uitsluitsel te geven.

6.3. Het Zorginstituut heeft op 30 april 2018 geoordeeld dat het FGM vanaf 27 november 2017 voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering bij de volgende indicaties:

- kinderen met diabetes type 1;
- volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of >64 mmol/mol));
- zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2);
- vrouwen met zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes (type 1 en type 2).

6.4. Het Zorginstituut heeft in zijn standpunt van 12 december 2019 geoordeeld dat het FGM met ingang van 10 december 2019 ook voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk voor personen met diabetes mellitus type 1 en 2 met een intensief insulineschema (basaal-bolus). Dit zijn mensen die minstens vier keer per dag vingerprikken om hun glucosewaarden te meten.

6.5. De commissie overweegt dat verzoeker op 5 december 2019 sensoren voor het FGM heeft aangeschaft. De leveringsdatum van deze sensoren is leidend bij de beoordeling of hierop aanspraak bestaat. Dit blijkt uit artikel 5.5 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Het is dan ook aan verzoeker aannemelijk te maken dat hij op dat moment behoorde tot één van de patiëntengroepen die zijn vermeld in het standpunt van het Zorginstituut van 30 april 2018. Aangezien verzoeker erkent dat hij niet tot één van deze groepen behoort, betekent dit dat de kosten voor aanschaf van het FGM en de sensoren die hebben plaatsgevonden vóór 10 december 2019 voor zijn rekening blijven. Dat de patiëntengroepen met ingang van 10 december 2019 zijn uitgebreid, verzoeker tot één van die groepen behoort en hij vanaf dat moment een (verzekerings)indicatie had voor het FGM leidt niet tot een andere conclusie. Deze (verzekerings)indicatie bestond namelijk (nog) niet op het moment dat hij de sensoren of het FGM heeft aangeschaft.

6.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat het FGM niets anders is dan een (duurder) apparaat om de bloedsuikerspiegel van een diabeet te meten. Hij stelt dat andere hulpmiddelen die hetzelfde doen ook verzekerde zorg zijn. Het FGM is volgens hem dan ook een verzekerde prestatie waarop iedere diabeet aanspraak moet kunnen maken. De commissie kan verzoeker hierin niet volgen. Zoals hiervoor is overwogen, is het de taak van het Zorginstituut te duiden wanneer en onder welke voorwaarden een hulpmiddel onder de dekking van de zorgverzekering valt. Het Zorginstituut heeft vastgesteld dat het FGM met ingang van 27 november 2017 voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee een verzekerde prestatie is. Dit betekent echter niet automatisch dat iedere diabeet hierop ook aanspraak heeft. Een verzekerde moet hiervoor namelijk ook een (verzekerings)indicatie hebben. In dat verband is vereist dat de verzekerde behoort tot één van de patiëntengroepen die door het Zorginstituut is vastgesteld. Indien een verzekerde niet tot één van die groepen behoort, heeft deze verzekerde geen recht op verstrekking of vergoeding van het FGM.

Substitutie

6.7. De zorgverzekering voorziet niet in de mogelijkheid van substitutie. Dat wil zeggen dat verzoeker geen recht heeft op de vergoeding zoals hij die had gekregen als hij teststrips had afgenomen. Dit zou feitelijk erop neerkomen dat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding toekent voor zorg die niet is geleverd en daarop heeft verzoeker geen recht. Dit is ook met zoveel woorden opgenomen in artikel 2.3 van het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een FGM.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juni 2020,



H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Compressieapparatuur

| | | |
|--|--|---|
| Bruikleen of eigendom? | In bruikleen: compressie-apparatuur | In eigendom: • therapeutische elastische kousen • manchetten bij compressieapparatuur |
| Toestemming nodig? | Ja, voor compressie-apparatuur moet u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver bij ons indienen. Dit kan de leverancier ook namens u doen. Ja, voor de elektrisch aangedreven aan/ uittrekhelpen moet de leverancier de aanvraag, de motivatie van de voorschrijver, het protocol en de offerte bij ons indienen | Nee, voor elastische kousen met toebehoren kunt u direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig. De gecontracteerde leverancier bepaalt of een aan- en/of uittrekhelp nodig is en zo ja, welk type |
| Voorschrijver | Behandelend arts | |
| Gebruikstermijn | • Minimaal 5 jaar voor de apparatuur • Minimaal 2 jaar voor de manchetten en toebehoren • Minimaal 12 maanden voor de kousen • U heeft recht op 2 (paar) kousen per 12 maanden | |
| Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel? | Voor de compressie-apparatuur en de elektrisch aangedreven aantrekhelpen heeft u toestemming nodig van ons | Voor de elastische kousen kunt u direct contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft |
| Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd? | Ja, u bent eigen risico verschuldigd voor de hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt | |

4.13 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel

Artikel regeling: 2.6 sub o

Let op: De hulpmiddelenzorg uit dit artikel is functiegericht omschreven.

Onder deze aanspraak vallen (onder andere) de volgende hulpmiddelen:

Insulinepomp met toebehoren in geval van insulineafhankelijkheid, injectiepenen, apparatuur om zelf bloed af te nemen: bloedglucosemeter, inclusief de noodzakelijke teststrips en inclusief eventueel noodzakelijke toebehoren

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| Bruikleen of eigendom? | In bruikleen: insulinepomp | In eigendom: • injectiepenen • toebehoren insulinepomp • apparatuur om zelf bloed af te nemen • teststrips • Flash Glucose Monitoring systeem |
| Toestemming nodig? | Nee, u kunt direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig | |
| Voorschrijver | • Internist: draagbare uitwendige insulinepomp en Flash Glucose Monitoring systeem • Specialist, huisarts, praktijkondersteuner huisarts of diabetesverpleegkundige: onder andere prikapparaat, lancetten, bloedglucosemeter en bijbehorende teststrip. De voorschrijver maakt samen met u gebruik van de keuzehulp bloedglucosemeters. | |

| | |
|--|---|
| Gebruiksnorm* | <p>1 Diabetici die 1 tot 2 insuline-injecties per dag gebruiken, krijgen maximaal 100 teststrips per 3 maanden</p> <p>2 Diabetici die 3 of meer insuline-injecties per dag gebruiken, krijgen maximaal 400 teststrips per 3 maanden</p> <p>3 Insulinepompgebruikers, kinderen tot 18 jaar en zwangeren krijgen maximaal 1.800 teststrips per jaar</p> <p>4 Zwangerschapsdiabetes 400 teststrips tijdens de duur van de zwangerschap</p> <p>Diabetici die zijn uitbehandeld met orale bloedsuiker-verlagende middelen en geïndiceerd zijn voor instelling op insuline, krijgen eenmalig honderd teststrips in afwachting van de instelling op insuline</p> <p>* De behandelend arts, praktijk-ondersteuner huisarts of diabetes-verpleegkundige van het ziekenhuis bepaalt het gebruik</p> |
| Gebruikstermijn | Een bloedglucosemeter wordt 1x per 3 jaar vergoed Per 3 jaar wordt 1 insulinepen per insulinesoort vergoed. Per merk wordt 1 reservepen vergoed. |
| Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel? | U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft |
| Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd? | Ja, u bent eigen risico verschuldigd voor de hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt |
| Uitsluiting | Ketonen-teststrips worden niet vergoed; deze kosten vallen onder medischspecialistische zorg. Bloedglucosemeters moeten voldoen aan de eisen uit het Consensusdocument Kwaliteitscriteria Standaard bloedglucosemeting. |

4.14 Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding

Artikel regeling: 2.6 sub r verder uitgewerkt in 2.24

Onder deze aanspraak vallen de volgende hulpmiddelen:

Uitwendige voedingspomp met toebehoren, niet-klinisch ingebrachte voedingssonde, uitwendig toebehoren dat nodig is om parenterale voeding toe te dienen en waarbij de zorg is overgedragen aan de 1ste lijn.

| | | |
|--|---|---|
| Bruikleen of eigendom? | In bruikleen: voedingspomp | In eigendom: <ul style="list-style-type: none"> • toebehoren van de voedingspomp • voedingssonde • toebehoren bij de toediening van parenterale voeding |
| Toestemming nodig? | Nee, u kunt direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig | |
| Voorschrijver | Behandelend arts | |
| Gebruikstermijn | N.v.t. | |
| Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel? | U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft | |
| Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd? | Ja, u bent eigen risico verschuldigd voor de hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt | |
| Uitsluiting | Als mickey buttons, pegsondes en sondes met toebehoren worden geplaatst binnen de muren van het ziekenhuis, vallen deze onder medisch-specialistische zorg. Dan moeten deze hulpmiddelen uit het ziekenhuisbudget bekostigd worden. Speekselsubstituten en mondspoeling worden niet vergoed | |

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, of
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- U gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

Let op! Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van een van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan eindigende verzekeringsplicht, verhuizing naar het buitenland, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), echtscheiding, overlijden of langdurig





Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten; en
- b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
- c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners; en
- d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

Kost een geneesmiddel meer dan de vergoedingslimiet die in het GVS is opgenomen? Dan betaalt u deze kosten (bovenlimietprijs) zelf. Deze wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen is gemaximeerd tot € 250,- per persoon per jaar. Bent u niet een heel kalenderjaar verzekerd bij ons? Dan berekenen wij de maximale wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar bij ons verzekerd bent.



Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.9

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

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. [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](#).

