

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Hulpmiddelenzorg, aan functiebeperkingen aangepaste stoel, sta-opfunctie, voorafgaande
toestemming, misleiding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.12 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202100793

Zittingsdatum : 1 december 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
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 12 juli 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 4 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 29 september 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 26 oktober 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021037787) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 27 oktober 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 december 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 6 december 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 7 december 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende Ziektekostenverzekering Aanvullend Tand ** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft op 23 december 2020 een stoel besteld bij Meubelzorg. Het betreft hierbij een stoel uit de Magnifique serie, waarbij de rugleuning en zitdiepte zijn aangepast. De kosten bedragen totaal € 3.242,-. Meubelzorg is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd.
- 3.3. De behandelend fysiotherapeut heeft op 15 maart 2021 een verklaring over verzoekster afgelegd met de navolgende inhoud:

"Vanwege de volgende factoren is een op maat gemaakte, elektrisch aangestuurde, sta-opstoel voor [verzoekster] noodzakelijk:
1) hevige rugklachten

- 2) versterkte kyfotische houding
- 3) onvoldoende spierkracht
- 4) matige conditie
- 5) klein postuur"

- 3.4. Op 18 maart 2021 heeft verzoekster de nota van de aan haar geleverde stoel ter declaratie ingestuurd. Op 24 maart 2021 wees de ziektekostenverzekeraar vergoeding hiervan af.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 26 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 26 oktober 2021 heeft het Zorginstituut bij wege van voorlopig advies het volgende verklaard:

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag die als eerste beantwoord moet worden is of de door verzoekster aangeschafte stoel een aan functiebeperkingen aangepaste stoel is, zoals bedoeld in de regelgeving. Alleen aan functiebeperkingen aangepaste stoelen vallen onder artikel 2.12 eerste lid, onder b, 'hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het veranderen en handhaven van de lichaamshouding'. Het moet gaan om specifieke aanpassingen aan een stoornis in het bewegingssysteem.

Aanpassingen aan functiebeperkingen, zoals bedoeld in de regelgeving, zijn bijvoorbeeld een abductiebalk (een speciale steun in het midden van de zitting om bij, bijvoorbeeld, ernstige spasticiteit de bovenbenen in een abductiestand te houden), een arthrodese-zitting (bedoeld voor mensen die door bijvoorbeeld een orthopedische aandoening een been absoluut niet kunnen buigen), pelottes voor zijwaartse steun en specifieke polstering (beide geven een bepaalde druk/andere drukverdeling in de stoel en zijn bedoeld voor mensen die als gevolg van bijvoorbeeld een neurologische of orthopedische aandoening zonder deze pelottes of polstering geen normale zithouding kunnen handhaven). Een stoel waarbij alleen een sta-op systeem de aan een functiebeperking aangepaste voorziening is, is uitgesloten van vergoeding.

Voor een stoel met aanpassingen aan functiebeperkingen wordt doorgaans (veelal dooreen ergotherapeut) een zogeheten 'programma van eisen' opgesteld. Hierin staat welke aanpassingen de stoel moet hebben, zodat de leverancier deze specifieke, aan de functiebeperkingen van de verzekerde aangepaste, voorzieningen kan (laten) aanbrengen in de stoel.

Veelal volstaat een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen. Aanpassingen aan een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen, zijn onder meerde volgende (in/aan de stoel aangebrachte danwel losse) onderdelen: neksteun, hoofdsteun, beensteun, lendensteun, verstelbare rugleuning, voetsteun, verstelbare zitting, verstelbare armleuning, aanpassingen met betrekking tot zithoogte, zitdiepte of zitbreedte. Tot de normale ergonomische eisen behoort ook een adequate polstering, welke niet te hard ofte zacht dient te zijn en welke een goede zitondersteuning biedt. Een dergelijke polstering zal volstaan voor een verzekerde die weliswaar functiebeperkingen heeft maar die wel een zithouding in de stoel kan handhaven. Indien een verzekerde uitkomt met een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen, bestaat er geen indicatie voor een aan functiebeperking aangepaste stoel.

De behandelend fysiotherapeut geeft aan dat een op maat gemaakte, elektrisch aangestuurde, sta-opstoel noodzakelijk is voor verzoekster. Een gespecificeerd 'programma van eisen' ontbreekt echter bij de voorliggende stukken. Volgens een orderbevestiging en de aflever bon gaat het om een Magnifique zorgstoel met zitdiepte 53 cm, zithoogte 45 cm leuning '3', rug '2', variant '8', sta-op functie en koudschuim vulling. Op een andere orderbevestiging is in plaats van 'koudschuim vulling' vermeld 'polstering vulling'.

Uit al deze informatie blijkt niet dat er sprake is van specifieke aanpassingen zoals bedoeld in de regelgeving, maar dat het een stoel betreft die voldoet aan de normale ergonomische eisen. De term 'polstering vulling' zegt niets over wat de betreffende polstering nu precies inhoudt. Koudschuim vulling is onderdeel van de polstering en zorgt ervoor dat een stoel comfortabel zit. Deze polstering is blijkens de voorliggende informatie echter niet aan een specifieke functiebeperking c.q. stoornis in het bewegingssysteem aangepast. Het is dus geen specifieke polstering, zoals bedoeld in de regelgeving, maar polstering die voldoet aan de normale ergonomische eisen.

Uit de beschikbare informatie is ook op te maken dat er sprake zou zijn geweest van mogelijke 'telefonische toezegging'. Het valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut om hierover te adviseren.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de in geschil zijnde stoel voldoet aan de normale ergonomische eisen en dat er dus geen sprake is van een aan functiebeperkingen aangepaste stoel is, zoals bedoeld in de regelgeving.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de stoel ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar 75% van de kosten van de door haar aangeschafte stoel dient te 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. Dit blijkt uit artikel A.18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg, en in het bijzonder over aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster maakt aanspraak op vergoeding van 75% van de kosten van de door haar op 23 december 2020 aangeschafte stoel. In dat verband stelt zij dat de huisarts haar naar de fysiotherapeut verwees. Laatstgenoemde adviseerde haar een aangepaste stoel. Uit de contacten van haar echtgenoot met de ziektekostenverzekeraar bleek dat zij recht had op 75% van de kosten, omdat de leverancier niet is gecontracteerd. Uiteindelijk volgde echter in het geheel geen vergoeding. Verzoekster acht dit niet terecht. Hiertoe voert zij in de eerste plaats aan dat het gaat om een speciaal voor haar in Duitsland gemaakte stoel, zoals ook blijkt uit de orderbevestiging. Sinds zij de stoel heeft, zijn de zware rugklachten verdwenen.

Verder stelt verzoekster dat zij aan de voorwaarden voor een aan haar functiebeperkingen aangepaste stoel voldoet. Telefonisch werd haar echtgenoot op 24 maart 2021 meegedeeld dat de stoel moest zijn voorzien van een polstering, en dit is het geval. De voorwaarde van voorafgaande toestemming bij aflevering door een niet-gecontracteerde leverancier is haar nooit meegedeeld. Verzoekster acht zich misleid door de ziektekostenverzekeraar. Op haar zorgpas staat dat kan worden gebeld met een 'persoonlijke zorgcoach'. Dit is gebeurd, en naar eerst bij het vijfde gesprek is gebleken, zijn het gewoon medewerkers die telefonische vragen beantwoorden.

Ter zitting is namens verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat polstering altijd specifiek is, omdat een gewone stoel geen polstering heeft. Ook is benadrukt dat zij een volledig aangepaste stoel nodig heeft. De sta-opfunctie is een nevenfunctie die zij niet kan gebruiken en die ook niet is aangevraagd. Er zit een motor in de stoel, omdat een aangepaste stoel moet kunnen bewegen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat aanspraak bestaat op een aan functiebeperkingen aangepaste stoel als er problemen zijn met het zitten, het gaan zitten of het opstaan. Het moet gaan om een aangepaste stoel, hetgeen inhoudt dat het niet een stoel betreft die voldoet aan de normale ergonomische eisen. De - aangepaste - stoel moet niet te koop zijn in de reguliere meubelhandel. De aanpassingen kunnen bestaan uit een abductiebalk, een arthrodesezitting, pelottes voor zijwaartse steun of specifieke polstering. De stoel is door verstellen aanpasbaar en biedt daardoor compensatie voor een lichamelijke aandoening, waarin een normaal verkrijgbare stoel niet voorziet.
- Voor een stoel met uitsluitend een sta-opfunctie geldt dat geen aanspraak bestaat op vergoeding. Dit volgt uit artikel 2.12, derde lid, Rzv en artikel 4.10.3 van het Reglement Hulpmiddelen. Volgens Meubelzorg is aan verzoekster een 'modelstoel' afgeleverd, waarbij alleen de rugleuning en de zitdiepte zijn aangepast. Daarmee betreft het een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen. Er is geen sprake van een stoel die is aangepast aan een lichamelijke aandoening.
- Met betrekking tot het gesprek op 24 maart 2021, waarbij de eis van een specifieke polstering aan de orde kwam, stelt de ziektekostenverzekeraar dat dit telefonisch onderhoud niet los kan worden gezien van de overige telefonische contacten. In totaal waren dit er twaalf, van vijf gesprekken zijn door hem notities overgelegd.
- De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat de stoel al was besteld vóór het eerste contact. Dit terwijl zijn voorafgaande toestemming vereist was, hetgeen de echtgenoot van verzoekster ook is meegedeeld.
- De zorgcoach is een dienst van de ziektekostenverzekeraar om verzekerden te helpen bij het aanvragen en regelen van zorg. Het telefoonnummer van de zorgcoach staat vermeld op de zorgpas. De werkzaamheden van een zorgcoach zijn opgesplitst in de twee afdelingen: Zorgregelaar en Zorgbemiddeling. De klantenservice fungeert als poortwachter voor de zorgcoach. Alleen als de vraag van betrokkene bij deze afdelingen thuis hoort, wordt betrokkene doorverbonden met de desbetreffende afdeling. De vraag van verzoekster over de aanschaf van een aangepaste stoel behoort niet tot de expertise van de zorgcoach. Verzoekster is daarom niet doorverbonden en haar vraag is beantwoord door de afdeling klantenservice. Er is dus geen onjuiste informatie verstrekt door het telefoonnummer van de zorgcoach op de zorgpas te vermelden.
- Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat gewone stoelen ook een polstering hebben. Bij een aan functiebeperkingen aangepaste stoel moet het gaan om een specifieke polstering.

Overwegingen

- 6.4. Op grond van artikel B.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat recht op hulpmiddelenzorg. Voor de nadere voorwaarden wordt verwezen naar het Reglement Hulpmiddelen 2020. In het artikel is, onder verwijzing naar artikel A.4, bepaald dat indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde leverancier, een lagere vergoeding van toepassing kan zijn. Tevens is hier opgenomen dat bij een niet-gecontracteerde leverancier altijd vooraf toestemming moet worden gevraagd. Artikel 2.6 van het Reglement Hulpmiddelen bepaalt dat bij ontbreken van deze toestemming geen vergoeding wordt verleend.

De commissie overweegt in de eerste plaats dat ingevolge artikel 14 Zvw, het een zorgverzekeraar vrij staat de eis van voorafgaande toestemming te hanteren. Blijkens de verzekeringsvoorwaarden geldt deze eis indien een hulpmiddel wordt betrokken bij een niet-gecontracteerde leverancier.

Verder valt uit de orderbevestiging op te maken dat de stoel door verzoekster is besteld op 23 december 2020. Het eerste contact met de ziektekostenverzekeraar hierover dateert van 27 januari 2021. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar noch vooraf noch achteraf toestemming voor de aanschaf heeft verleend.

Verzoekster heeft zich erop beroepen dat zij niet bekend was met de desbetreffende eis. Zoals hiervoor overwogen, is deze voorwaarde opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster wordt geacht bekend te zijn met de inhoud daarvan. Niet is gebleken dat verzoekster voorafgaand aan de aanschaf van de stoel over de voorwaarden voor vergoeding hiervan contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Dat verzoekster over dit vereiste na de aanschaf niet goed zou zijn geïnformeerd tijdens telefoongesprekken met de ziektekostenverzekeraar is niet komen vast te staan. In de notitie van het gesprek op 27 januari 2021 is vermeld: "alleen toestemming nodig bij niet-gecontracteerde leverancier". Ook op 1 februari 2021 is melding gemaakt van de noodzaak van een aanvraag vooraf bij de niet-gecontracteerde leverancier, evenals op 5 maart 2021.

Bij ontbreken van zijn (voorafgaande) toestemming stond het de ziektekostenverzekeraar, gelet op artikel 2.6 van het Reglement Hulpmiddelen, reeds op die grond vrij vergoeding te weigeren.

- 6.5. Verzoekster heeft, onder verwijzing naar het telefoongesprek van 24 maart 2021, de stelling betrokken dat zij voldoet aan alle voorwaarden voor vergoeding van de door haar aangeschafte stoel. Zij is aangewezen op een aangepaste stoel, en de enige, haar bekende eis is dat de stoel moest zijn voorzien van een specifieke polstering. Blijkens de orderbevestiging is dit het geval. Om die reden zou 75% van de kosten moeten worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat het aangehaalde telefoongesprek niet kan worden los gezien van de andere contacten.

De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar in zijn stelling. Zoals hiervoor is vastgesteld is bij eerdere gesprekken de noodzaak van een aanvraag vooraf aan de orde geweest, en hiervan is in deze geen sprake geweest. Ook van een aanvraag achteraf is niet gebleken. Uit het feit dat bij het gesprek op 24 maart 2021 met name is ingegaan op de specifieke polstering kan niet worden geconcludeerd dat bij die gelegenheid zou zijn toegezegd dat de door verzoekster aangeschafte stoel zou worden vergoed, mede in het licht van de gevoerde gesprekken en de schriftelijke bevestiging. Zonder nadere toelichting, die ontbreekt, bestaat voor verzoekster ook geen enkele grond om dit aan te nemen.

De commissie merkt in dit verband voorts op dat de door verzoekster aangeschafte stoel niet voldoet aan de voorwaarden, omdat deze niet is voorzien van een specifieke polstering. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 26 oktober 2021.

- 6.6. Door verzoekster is verder betoogd dat zij door de ziektekostenverzekeraar werd misleid, omdat zij bij de diverse gelegenheden niet te woord werd gestaan door een zorgcoach. De strekking van dit betoog is de commissie niet duidelijk. Op de zorgpas is een telefoonnummer vermeld, waarmee een verzekerde in contact kan komen met een 'persoonlijke zorgcoach'.

Verzoekster heeft kennelijk een specifieke voorstelling bij de term 'zorgcoach'. Of dit een juiste voorstelling is, kan in het midden blijven. Vast staat dat degenen met wie de gesprekken hebben plaatsgevonden duidelijk zijn geweest in de beantwoording van de door of namens verzoekster gestelde vragen. Dat verzoekster vervolgens niet hiernaar heeft gehandeld - en dit ook niet meer kon doen, aangezien de stoel toen al zonder toestemming was besteld bij een niet-gecontracteerde leverancier - kan de ziektekostenverzekeraar niet worden verweten. Ook een, in de beleving van verzoekster, 'echte' zorgcoach had haar tijdens het eerste contact op 27 januari 2021 niet anders kunnen meedelen dan dat de stoel was aangeschaft zonder voorafgaande aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar en dat dit, gelet op artikel 2.6 van het toepasselijke Reglement Hulpmiddelen, gevolgen zou hebben voor de vergoeding. Van misleiding, waaraan mogelijk rechtsgevolgen zijn te verbinden, is geen sprake.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 januari 2022,

A.I.M. Van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

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 veertien 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. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

Artikel 2.12

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;

b toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

c verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener 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 A.4.

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

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.

B.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 A.2.1.

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 B.31.

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 A.4.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

B.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:



4.10.3 Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen van het veranderen en handhaven lichaamshouding

- Transferhulpmiddelen*
- Stabeugel, (dynamische) lig-, sta- en zitorthese, inclusief antidecubituszitkussens, lucht- en windringen*
- Aan functiebeperkingen aangepaste tafels
- Aan functiebeperkingen aangepaste stoelen voorzien van een of meer van de volgende functies of aanpassingen: specifieke polstering, abductiebalk, arthodesezitting, pelottes voor zijwaartse steun al dan niet in combinatie met een sta-opsysteem

* De zorg is beperkt tot het in bruikleen verstrekken voor een beperkte periode of onzekere duur (voor Transferhulpmiddelen, antidecubituszitkussens en lucht-en windringen betekent dit dat u deze de eerste 26 weken in bruikleen krijgt (Indien het een langere periode betreft is het een verstrekking vanuit de Wlz/WMO))

Bruikleen of eigendom?	In bruikleen	
Toestemming nodig?	Ja, voor de stabeugel, zitorthese en aangepaste tafels voor verzekerden van 1.50 meter en langer moet u vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen	Nee, voor de stabeugel, zitorthese en aangepaste tafels voor verzekerden korter dan 1.50 meter (waar een (standaard)voorziening voor volwassenen niet voor volstaat) en voor transferhulpmiddelen, aangepaste stoelen en dynamische en statische ligorthesen en sta-orthesen kunt u contact opnemen met een gecontracteerde leverancier
Voorschrijver	Behandelend arts, ergo- of fysiotherapeut. Voor een ligorthese: behandelend arts	
Gebruikstermijn	Verzekerden van 1.50 meter en langer: n.v.t. Verzekerden korter dan 1.50 meter: minimaal 2 jaar Voor kinderzitvoorzieningen geldt minimaal 18 maanden	
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?	Nee	

4.10.4 Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang, niet zijnde een hulpmiddel voor verzorging en verpleging op bed zoals omschreven in artikel 2.17

Badplank*, toiletverhoger*, douche- en (over)toiletstoel*

* De zorg is beperkt tot het in bruikleen verstrekken voor een beperkte periode of onzekere duur

Bruikleen of eigendom?	In bruikleen
Toestemming nodig?	Nee, u kunt direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier
Voorschrijver	N.v.t.
Gebruikstermijn	De eerste 26 weken bruikleen. Indien het een langere periode betreft is het een verstrekking in bruikleen via WMO
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?	Nee