



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Hulpmiddelenzorg, mechanische ademhalingsondersteuning, vergoeding stroomkosten

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.9 Bzv, 2.6, onderdeel b en 2.9 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202001298

Zittingsdatum : 12 mei 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 28 november 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 26 januari 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 23 februari 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021003551) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 februari 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 mei 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 19 mei 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 28 mei 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzocht om uitstel, welk uitstel is verleend. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar op 14 juni 2021 per e-mail meegedeeld geen verdere inhoudelijke reactie te willen geven.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de HEMA Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering HEMA Aanvullend 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft verder onbesproken.
- 3.2. Sinds 10 juni 1989 is verzoeker in verband met een progressieve spierziekte aangewezen op mechanische beademingsapparatuur. De stroomkosten heeft hij altijd zelf betaald. In 2020 vernam hij dat hij aanspraak heeft op vergoeding van de betreffende kosten. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd deze alsnog aan hem te vergoeden.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 mei 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de stroomkosten worden vergoed met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019. Het verzoek om deze vergoeding ook over voorgaande jaren toe te kennen, heeft de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 27 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. Op 23 februari 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“(...) Apparatuur voor mechanische ademhalingsondersteuning (beademing) die langdurig in de thuissituatie word[t] toegepast, onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist, waarbij een 24-uurs achterwacht of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis of centrum voor thuisbeademing nodig kan zijn, valt onder de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden volgens artikel 2.4 Besluit zorgverzekering (Bzv).

Het gaat hierbij om verzekerden die:

- 's nachts ademhalingsondersteuning nodig hebben (chronische intermitterende beademing)*
- dag en nacht ademhalingsondersteuning (chronische, continue, mechanische ademhalingsondersteuning) nodig hebben.*

De zorg bij mechanische ademhalingsondersteuning is onderdeel van de kosten van de zorg in het ziekenhuis. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten dan rechtstreeks aan het ziekenhuis. Verzekerden die gebruik maken van mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie hebben recht op een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten.

Tegemoetkoming elektriciteitskosten

Lange tijd is onduidelijk geweest bij zorgverzekeraars of elektriciteitskosten van mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking konden komen. Onderzoek van het Zorginstituut in 2019 heeft uitgewezen dat de stroomkosten van mechanische ademhalingsondersteuning, net als onder het regime van de Ziekenfondswet die tot 1 januari 2006 gold, nog steeds ten laste van de basisverzekering kunnen worden gebracht. Dit is naar ZN gecommuniceerd en door ZN verder opgepakt richting zorgverzekeraars.

Ten tijde van de Ziekenfondswet was mechanische ademhalingsondersteuning een apart omschreven verstrekking (Besluit chronisch intermitterende beademing ziekenfondsverzekering). In 2001 heeft het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (CVZ) uitspraak gedaan in een geschil omtrent de elektriciteitskosten van de chronische beademing. Hierin werd benoemd dat de omschrijving van de verstrekking in artikel 22 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering regelde dat het beademingscentrum de apparatuur gebruiksklaar ter beschikking stelt. Deze verantwoordelijkheid omvatte naar de het oordeel van het CVZ het gebruik ervan gedurende de terbeschikkingstelling, waaronder dus ook de extra kosten die gebruik van de apparatuur in elektriciteitskosten voor de verzekerde met zich meebrengt. Als dit niet het geval is, zou de verzekerde bij thuisbehandeling financieel in een slechtere positie komen te verkeren dan bij behandeling in het beademingscentrum. Voor wat betreft de declaratie van de kosten verwees het CVZ naar het tarief zoals vastgesteld op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) waarin een component 'gebruiksvergoeding' is opgenomen.

Na inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 is door een verzekeraar in een zogenaamde 'vrijwillige adviesaanvraag' aan het CVZ de vraag gesteld hoe de elektriciteitskosten moeten worden vergoed. Destijds is gezegd dat onder de Zorgverzekeringswet 'chronisch intermitterende beademing' onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' valt. De aanspraak kan door de aanbieder gedeclareerd worden via de DBC 'thuisbeademing'. De uitspraak zoals gedaan in RZA 2001/47 is nog steeds aan de orde en de extra kosten die thuisbeademing met zich meebrengen, waaronder elektriciteitskosten, vallen onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.

Beoordeling

De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

Verzoeker heeft verweerder gevraagd de elektriciteitskosten van de mechanische ademhalingsapparatuur in de thuissituatie te vergoeden met terugwerkende kracht tot 1989. Verweerder heeft de kosten met terugwerkende kracht vergoed tot 1 januari 2019. Verweerder geeft aan dat dit een voorlopige tegemoetkoming betreft, aangezien de hoogte van de definitieve tegemoetkoming is nog niet vastgesteld.

Zoals hierboven reeds is toegelicht is de adviestaak van het Zorginstituut beperkt tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Uit het dossier is op te maken dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op mechanische ademhalingsapparatuur en dat dit niet in geschil is.

Tegemoetkoming in de elektriciteitskosten bij mechanische ademhalingsondersteuning is onderdeel van het basispakket. Zoals reeds beschreven heeft onderzoek van het Zorginstituut in 2019 uitgewezen dat de elektriciteitskosten van beademingsapparatuur, net als onder het regime van de Ziekenfondswet die tot 1 januari 2006 gold, nog steeds ten laste van de basisverzekering kunnen worden gebracht.

Over welke periode verzoeker de elektriciteitskosten vergoed kan krijgen, wat de hoogte is van deze vergoeding en wie verantwoordelijk is voor de uitkering van de vergoeding aan verzoeker, ligt niet binnen de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Conclusie

Elektriciteitskosten voor mechanisch ademhalingsondersteuning kunnen voor vergoeding in aanmerking komen. Het Zorginstituut is niet bevoegd te adviseren over de hoogte van de vergoeding, over welke periode vergoeding kan plaatsvinden en wie verantwoordelijk is voor de uitkering van de vergoeding aan verzoeker.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Tegemoetkoming van elektriciteitskosten bij maakt onderdeel uit van het basispakket.”

3.6. Het Zorginstituut heeft bij brief van 28 mei 2021, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) U vraagt wat vóór 1 januari 2019 de juridische grondslag was voor de vergoeding van de stroomkosten. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de rechtsvoorganger van het Zorginstituut, heeft in zijn vrijwillige adviesaanvraag uit 2006 al aangegeven dat onder de Zorgverzekeringswet 'chronisch intermitterende beademing' onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' valt. De aanspraak kan door de aanbieder gedeclareerd worden via de DBC 'thuisbeademing'. Voor de bijbehorende tarieven kan de NZa worden geraadpleegd. Hieronder leggen wij e.e.a. nogmaals uit.

Onderzoek van het Zorginstituut heeft in 2019 uitgewezen dat de stroomkosten van mechanische ademhalingsondersteuning, net als onder het regime van de Ziekenfondswet die tot 1 januari 2006 gold, nog steeds ten laste van de basisverzekering kunnen worden gebracht. Ten tijde van de Ziekenfondswet was mechanische ademhalingsondersteuning een apart omschreven verstrekking (Besluit chronisch intermitterende beademing ziekenfondsverzekering). In 2001 heeft het CVZ uitspraak gedaan in een geschil omtrent de elektriciteitskosten van de chronische beademing. Hierin werd benoemd dat de omschrijving van de verstrekking in artikel 22 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering regelde dat het beademingscentrum de apparatuur gebruiksklaar ter beschikking stelt.

Deze verantwoordelijkheid omvatte naar het oordeel van het CVZ, het gebruik ervan gedurende de terbeschikkingstelling, waaronder dus ook de extra kosten die gebruik van de apparatuur in elektriciteitskosten voor de verzekerde met zich meebrengt. Als dit niet het geval is, zou de verzekerde bij thuisbehandeling financieel in een slechtere positie komen te verkeren dan bij behandeling in het beademingscentrum. Voor wat betreft de declaratie van de kosten verwees het CVZ naar het tarief zoals vastgesteld op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) waarin een component 'gebruiksvergoeding' is opgenomen. Na inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 is door een verzekeraar in een vrijwillige adviesaanvraag aan het CVZ de vraag gesteld hoe de elektriciteitskosten moeten worden vergoed. Destijds is gezegd dat onder de Zorgverzekeringswet 'chronisch intermitterende beademing' onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' valt. Destijds is ook gezegd dat de aanspraak door de aanbieder gedeclareerd kan worden via de DBC 'thuisbeademing'.

Daarnaast vraagt u of het Zorginstituut in kan gaan op de stelling dat voor de beademing steeds een tweede apparaat stand-by moet staan, zodat de stroomkosten in feite het dubbele bedragen. Nadere informatie van het Centrum voor Thuisbeademing (CTB) over de beademing, zoals duur van de beademing, de gebruikte apparatuur, aanwezige (extra) accu's e.d., is niet aanwezig bij de voorliggende stukken. Het Zorginstituut kan dan ook geen uitspraak doen in hoeverre een tweede apparaat c.q. vergoeding van dubbele stroomkosten noodzakelijk en doelmatig is.

Uit het ingevulde SKGZ-klachtenformulier is op te maken dat de non-invasieve beademing 24 uur per dag, 7 dagen per week (24/7) is. In principe moet de beademingsapparatuur, voor het geval er een stroomstoring plaatsvindt, altijd opgeladen zijn en/of overschakelen op een (interne dan wel externe) accu. Er bestaan verschillende apparaten, die al dan niet voorzien zijn van een interne en/of externe accu en waarbij de verschillende accu's in opgeladen toestand een verschillend aantal uren stroom leveren. Volgens de Veldnorm chronische beademing (VSCA, 2012) is het van belang dat een patiënt bij veel uren beademing per etmaal een tweede machine als back-up heeft, omdat bij uitval van de beademingsmachine een onveilige situatie kan ontstaan. In dit document wordt aangegeven: 'De veiligheid van een patiënt is leidend voor het verstrekken van een tweede beademingsapparaat dat in ieder geval bij een beademingsduur van meer dan 16 uur per etmaal wordt verstrekt.'

Op grond hiervan is het aannemelijk dat verzoeker vanwege de permanente noninvasieve beademing aangewezen is op een tweede beademingsapparaat. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem de werkelijke stroomkosten te vergoeden met terugwerkende kracht tot 10 juni 1989.
- 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 A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie is daarentegen niet bevoegd te adviseren ten aanzien van de verzekering tegen ziektekosten van vóór 2006.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg en mechanische beademingsapparatuur 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 verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat voor hem niet duidelijk is wie aansprakelijk is voor de vergoeding van stroomkosten. Dit kan het ziekenhuis zijn, maar ook de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft het Zorginstituut hierover vragen gesteld, maar hierop geen duidelijk antwoord gekregen. Als mechanische beademingsapparatuur onder medisch-specialistische zorg valt, komt het verzoeker voor dat dit dan ook geldt voor de stroomkosten. De beademing in de thuissituatie valt immers onder de supervisie van de behandelend medisch specialist.

- 6.3. Verder vraagt verzoeker zich af wat de hoogte is van de vergoeding en wie deze bepaalt. Hij vindt het vreemd dat hij jarenlang geen vergoeding heeft ontvangen, en de kosten ook niet kon aftrekken. In het kader van de Inkomstenbelasting, terwijl deze nu ineens wel - met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 - door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Verzoeker vraagt zich af wie deze ingangsdatum heeft bepaald. Hij is van mening dat hij ook een vergoeding dient te ontvangen voor alle voorgaande jaren dat hij beademingsapparatuur heeft gebruikt. Wat hem betreft kan zowel het ziekenhuis als de ziektekostenverzekeraar hiervoor verantwoordelijk worden gehouden.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het Zorginstituut in mei 2019 een standpunt heeft ingenomen over mechanische ademhalingsondersteuning. Dit standpunt is gecommuniceerd aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN) via een bestuurlijk overlegorgaan. Verzekerden die hiervan in de thuissituatie gebruikmaken, onder supervisie van het ziekenhuis, hebben recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Op verzoek van ZN heeft het Zorginstituut haar communicatie op de website aangepast. Een formeel standpunt hierover heeft het Zorginstituut niet publiekelijk bekend gemaakt. Na de berichtgeving door ZN is het landelijk beleid geworden dat zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2019 alsnog een vergoeding verlenen voor de stroomkosten van chronische beademingsapparatuur in de thuissituatie.

- 6.5. Chronische beademingsapparatuur valt onder medisch-specialistische zorg. De apparatuur wordt geleverd door een Centrum voor Thuisbeademing (CTB). Om te voorkomen dat vergoedingen voor de stroomkosten over de extra schijf van de zorgaanbieders dan wel de CTB's zouden moeten gaan, is binnen ZN-verband besloten dat het praktischer is om de zorgverzekeraars deze vergoeding rechtstreeks aan de verzekerde te laten uitbetalen. Dit sluit namelijk tevens aan bij de systematiek die voor zorgverzekeraars al eerder van kracht was voor de vergoeding van stroomkosten voor de thuisdialyse. De hoogte van de vergoeding van € 1,- per dag is tevens vastgesteld binnen ZN-verband. Deze vergoeding is gebaseerd op de input hiervoor vanuit het ministerie van VWS. Er vindt nog overleg plaats tussen ZN en de CTB's over de hoogte van deze vergoeding. De definitieve vergoeding is op dit moment helaas nog niet bekend.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat de voorwaarden van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2020 zijn aangepast. De vergoeding van de stroomkosten wordt door de ziektekostenverzekeraar, na een hiervoor ingediende declaratie, aan verzoeker verleend.

Overwegingen

- 6.7. De Zvw is in werking getreden op 1 januari 2006. Met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2018 geldt dat verzoeker van de ziektekostenverzekeraar geen vergoeding voor de stroomkosten heeft ontvangen. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 23 februari 2021 hebben de stroomkosten bij mechanische beademingsapparatuur echter wel steeds deel uitgemaakt van de dekking van de zorgverzekering.
- 6.8. in de verzekeringsvoorwaarden van de betreffende jaren is echter geen aparte vergoeding voor stroomkosten opgenomen, zodat verzoeker deze kosten niet rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar kon claimen.
Zoals is toegelicht in de beide adviezen van het Zorginstituut, viel de vergoeding van de stroomkosten op basis van de zorgverzekering tot 1 januari 2019 onder de aanspraak op medisch specialistische zorg. De zorgaanbieder kon hiertoe het DBC-zorgproduct voor 'thuisbeademing' opvoeren. De commissie neemt als uitgangspunt dat, nu deze mogelijkheid bestond, de zorgaanbieder de desbetreffende DBC rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, en dat laatstgenoemde het hiervoor vastgestelde of overeengekomen tarief heeft vergoed.
Voor zover verzoeker van de zorgaanbieder geen vergoeding voor stroomkosten heeft ontvangen van de zorgaanbieder, zal hij deze hierop kunnen aanspreken. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de relatie tussen verzoeker en de zorgaanbieder en kan hierover dus geen uitspraak doen.
Een en ander leidt tot de conclusie dat het verzoek, waar het gaat om de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2018, wordt afgewezen.
- 6.9. Vanaf 1 januari 2019 vergoedt de ziektekostenverzekeraar de stroomkosten buiten de DBC-systematiek om. Door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht waarom voor deze datum is gekozen. Voor zover het gaat om de hoogte van deze vergoeding geldt het volgende. Kennelijk is door de ziektekostenverzekeraar beoogd het voor zijn verzekerden makkelijker te maken door de vergoeding voor de stroomkosten rechtstreeks aan hen te verlenen. Hierbij is het bedrag voorlopig vastgesteld op € 1,- per dag. Volgens het Zorginstituut mag voor de verzekerde geen financieel nadeel ontstaan. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar gegeven onderbouwing van de dagvergoeding moet het ervoor worden gehouden dat deze in het algemeen toereikend zal zijn. Indien dit in een individuele casus niet het geval is, zal door degene die aanspraak maakt op een hogere vergoeding – zoals in dit geval verzoeker – aannemelijk moeten worden gemaakt hoe hoog de werkelijke kosten zijn. Verzoeker heeft vooralsnog geen onderbouwing van de werkelijke stroomkosten geleverd. Ingeval de forfaitaire vergoeding van € 1,- per dag niet toereikend is, kan verzoeker de meerkosten van het stroomverbruik rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar declareren op basis van een deugdelijke berekening van de meerkosten. . Verzoeker heeft ter zitting voorts gesteld dat voor de permanente beademing steeds een tweede beademingsapparaat standby moet staan, zodat hij in feite dubbele stroomkosten maakt waarvoor hem een vergoeding toekomt. Het Zorginstituut stelt in zijn advies van 28 mei 2021 dat in het geval van verzoeker aannemelijk is dat hij is aangewezen op een tweede beademingsapparaat. Dit betekent dat ook de hieraan verbonden stroomkosten onder de dekking van de zorgverzekering vallen. De commissie volgt het Zorginstituut hierin en bepaalt dat verzoeker aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding van € 1,- per dag voor het tweede beademingsapparaat, en wel met ingang van 1 januari 2019. Ook voor dit tweede beademingsapparaat geldt dat verzoeker de werkelijke stroomkosten bij de ziektekostenverzekeraar kan declareren op basis van een deugdelijke berekening van de meerkosten. Naar de commissie begrijpt zal de vergoeding mogelijk, als uitkomst van het overleg tussen ZN en de CTB's, nog kunnen worden aangepast en kan verzoeker met ingang van 1 januari 2020 de werkelijke stroomkosten van de beide apparaten – ook dan met een onderbouwing hiervan – rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar declareren.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar in aanvulling op de reeds verleende vergoeding voor het eerste beademingsapparaat, een vergoeding van € 1,- per dag aan verzoeker moet verlenen voor het tweede apparaat, en wel met ingang van 1 januari 2019;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het betaalde entreegeld van € 37,- dient te vergoeden;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



Zeist, 12 juli 2021,



H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Let op: Het verplicht eigen risico is van toepassing.

De zorgverzekeraar heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt 1 van deze zorgaanbieders kiezen. Via de zoekterm Huisartsenzorg, GZSP of Eerstelijns Diagnostiek vindt u op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder een overzicht van zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar een overeenkomst voor de desbetreffende zorg hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 41 14. In het artikel 'Naar een nietgecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.

Welke zorg

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. De zorgverzekeraar heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft de zorgverzekeraar in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel

'Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel'. Hier vallen o.a. diabetestestmaterialen onder.

Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal uw aanvraag beoordelen. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. U kunt de Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement vinden op www.zorgverzekeringhema.nl. Als u wilt weten of een bepaald hulpmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 41 14.

Eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen geldt een (procentuele) wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. U kunt in de Regeling zorgverzekering vinden of dat het geval is en hoe hoog de eigen bijdrage of maximale vergoeding dan is. U betaalt de eigen bijdrage aan de leverancier. De wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een hulpmiddel naar een leverancier van hulpmiddelen gaan. De zorgverzekeraar heeft voor de verschillende hulpmiddelen leveranciers gecontracteerd. U kunt uit deze leveranciers kiezen. Op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met de

zorgverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 41 14.

Als u kiest voor een leverancier die geen overeenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. Als u voor een hulpmiddel naar een door de zorgverzekeraar niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze leverancier soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel lezen in het Verzekeringsreglement.

Let op!

Voor de levering van gehoorhulpmiddelen heeft de zorgverzekeraar met twee landelijk werkende zorgaanbieders overeenkomsten gesloten. Voor gehoorhulpmiddelen kunt u zich tot één van deze zorgaanbieders wenden. Kiest u voor een andere zorgaanbieder, dan krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. U kunt de twee gecontracteerde zorgaanbieders vinden in de zorgvinder op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Let op!

Voor de levering van stomamaterialen heeft de zorgverzekeraar met één landelijk werkende zorgaanbieder een overeenkomst gesloten. Voor stomamaterialen kunt u zich tot deze zorgaanbieder wenden.

Kiest u voor een andere zorgaanbieder, dan krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. U kunt de zorgaanbieder vinden in de zorgvinder op www.zorgverzekeringhema.nl/zorgvinder.

Toestemming

In het Verzekeringsreglement staat per hulpmiddel of voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. Het kan hierbij gaan om een 1e verstrekking, maar ook om vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel. Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar voor de meeste hulpmiddelen vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. Als de leverancier niet zeker weet of de zorgverzekeraar u het hulpmiddel verstrekt of vergoedt, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar de zorgverzekeraar.

Let op

- Als u naar een leverancier wilt die geen overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Vermeld u op de aanvraag voor toestemming dat u gebruik wilt maken van een leverancier die met de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft.
- Als u een 2e exemplaar van eenzelfde hulpmiddel wilt, heeft u hiervoor voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig.
- In het Verzekeringsreglement wordt per hulpmiddel uitgelegd aan welke andere voorwaarden u moet voldoen, bijvoorbeeld het meesturen van een toelichting van een arts.
- Voor de vergoeding van de meeste verbandmiddelen moet uw verpleegkundig specialist een speciaal formulier invullen. Verbandmiddelen worden alleen maar vergoed bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling nodig is. Dit speciale verbandmiddelenaanvraagformulier vindt u op znformulieren.nl. Meer informatie kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.
- Als de zorgverzekeraar maar 1 leverancier voor een bepaald hulpmiddel heeft gecontracteerd, kan de zorgverzekeraar de toestemming in kopie rechtstreeks naar die leverancier sturen. Dit geldt ook als de levering niet op zich kan laten wachten omdat er sprake is van een medische noodzaak.

Gebruik hulpmiddel

Als u het hulpmiddel met opzet beschadigt of als schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, heeft u geen recht op vervanging, correctie of herstel van het hulpmiddel voordat de gebruiksduur die in het Verzekeringsreglement staat is verstreken. Als u het hulpmiddel in bruikleen heeft en het is door u met opzet beschadigd of de schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, dan kan de zorgverzekeraar de kosten hiervan op u verhalen.

Let op

- U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen, tenzij in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat deze vergoed worden. Een voorbeeld van normaal gebruik is het vervangen van batterijen.
- Als in het Verzekeringsreglement gebruikstermijnen of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze bedoeld om een normaal gemiddelde aan te geven. Van deze gebruikstermijnen of gebruiksaantallen kan in individuele gevallen worden afgeweken.
- Als u recht heeft op een hulpmiddel wordt hiermee bedoeld dat u recht heeft op verstrekking (vergoeding), vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.
- Zie voor kosten samenhangend met thuisdialyse: niet-klinische dialyse.
- Zie voor hulpmiddelen voor het zelf meten van bloedstollingtijden: trombosedienst.

In-vitrofertilisatie (IVF)

IVF en ICSI zijn vruchtbaarheidsbehandelingen. In vitro fertilisatie (IVF) betekent 'in glas bevruchting' en wordt ook wel reageerbuisbevruchting genoemd. ICSI staat voor intracytoplasmatische sperminjectie. De bevruchting van de vrouwelijke eicel door een mannelijke zaadcel vindt bij deze behandelingen kunstmatig plaats. IVF-behandeling heeft in

Medicijnvernevelaars met toebehoren

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Bijzonderheden	Er bestaat tevens aanspraak voor het vernevelen van hypertoon zout (mits gecertificeerd en op voorschrift van de longarts of kinderarts) bij patiënten van 6 jaar of ouder met Cystische Fibrose.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100% van het dagtarief	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerde dagtarief

Voorzetkamers

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	1 jaar	
Bijzonderheden	De voorzetkamer moet in de registratie geschikt zijn bevonden om in combinatie met de betreffende dosis aerosol gebruikt te worden	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

Apparatuur voor positieve uitademingdruk

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

(...)

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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 2.9

- 1.** Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel b, omvatten uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend, te weten:
 - a. zuurstof;
 - b. stoffen die gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel in de zin van de Wet op de medische hulpmiddelen.
- 2.** De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat ingeval van zuurstofapparatuur tevens vergoeding van stroomkosten.
- 3.** De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a. apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning;
 - b. apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken.