



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, Phonak Lyric, bijzondere individuele zorgvraag

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202000843

Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 18 juni 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 september 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 september 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 21 september 2020 respectievelijk 23 september 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Op 6 oktober 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020038768) aan de commissie per brief het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 8 oktober 2020 aan partijen gestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij die gelegenheid gevraagd het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek te verrichten en haar te informeren over de uitkomst hiervan.
Op 26 november 2020 heeft verzoeker de commissie nader informatie doen toekomen. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 4 december 2020 per brief de uitkomst van het nader onderzoek meegedeeld. Een kopie van deze reactie is op 7 december 2020 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker is hierbij in de gelegenheid gesteld op het betreffende stuk te reageren. Op 9 en 11 december 2020 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Kopieën van deze reacties zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De reacties van 26 november 2020, en 4, 9 en 11 december 2020 zijn op 14 december 2020 aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een definitief advies uit te brengen. In reactie daarop heeft het Zorginstituut op 18 december 2020 per brief een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 december 2020 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Omdat verzoeker in augustus 2018 hoortoestellen nodig had, heeft hij hiervoor achtereenvolgens de huisarts, een KNO-arts en een audicien bezocht. Verzoeker lijdt aan de spierziekte HMSN type 1 en hierdoor is het voor hem niet mogelijk met zijn handen dingen vast te pakken. Het in- en uitdoen van een hoortoestel is dus een probleem. Daarom heeft verzoeker, in overleg met de audicien, gekozen voor twee hoortoestellen van het type Phonak Lyric.
- 3.3. Op 13 augustus 2019 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de aangeschafte hoortoestellen van het type Phonak Lyric te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 augustus 2019 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van voornoemde beslissing gevraagd. Op onder meer 16 december 2019 en 24 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 6 oktober 2020 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd nader onderzoek te doen. Ter onderbouwing heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Uit de voorliggende stukken is op te maken dat de audicien en verzoeker niet het Keuzeprotocol Hoorzorg hebben gevolgd.

De audioloog van het Audiologisch Centrum geeft aan dat het uit audiologisch oogpunt gewenst is om toestellen binnen de database uit te testen alvorens advies kan gegeven worden omtrent toestellen buitencategorie. Als rekening gehouden wordt met de fysieke toestand van verzoeker, blijkt dat verzoeker niet in staat is een hoortoestel zelfstandig in te brengen. Een toestel dat blijvend in de gehoorgang aanwezig is, is een oplossing. Het enige toestel dat hieraan voldoet is de Lyric van Phonak. Dit toestel wordt net voor het trommelvlies geplaatst, waardoor het ook kan blijven zitten tijdens het slapen en wassen. De Phonak Lyric staat niet geregistreerd in de database. Aangezien verzoeker niet in staat is een hoortoestel te manipuleren, is het dus niet mogelijk een toestel binnen de database uit te proberen.

Het Zorginstituut heeft geen inzicht in de inhoud van de ZN hoortoestellendatabase. Afgaand op de informatie van het Audiologisch Centrum lijkt het gevraagde hoortoestel op dit moment het enige type hoortoestel te zijn dat langdurig (2-3 maanden) in de gehoorgang kan blijven zitten.

Verweerder suggereert dat er andere oplossingen en voorliggende voorzieningen zijn. Ook geeft de verweerder aan dat wanneer er voor andere zaken hulp nodig is (in de vorm van mantelzorg of professionele hulp), dat de betreffende hulpverleners ook het hoortoestel in kunnen doen.

Echter, het gebruik van een regulier hoortoestel betreft niet alleen het in- en uitdoen van het hoortoestel, maar ook het, op ongeplande momenten, moeten vervangen van batterijen. Daarnaast moet het hoortoestel worden schoongemaakt (verwijderen oorsmeer van het oorstuk).

Conclusie

De Phonak Lyric blijkt een voor verzoeker adequaat hoortoestel, maar het Keuzeprotocol Hoorzorg is niet gevolgd. Mogelijk zijn er wel andere oplossingen. Verweerder heeft mogelijkheden benoemd, maar niet onderzocht of dit daadwerkelijk voor verzoeker adequate alternatieven zijn."

- 3.7. Op 18 december 2020 heeft het Zorginstituut, wederom voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Echter, in hoeverre de door verweerder genoemde oplaadbare hoortoestellen adequaat zijn in het specifieke geval van verzoeker, wordt uit de voorliggende informatie niet duidelijk. Verzoeker kan deze hoortoestellen niet zelf in- en uitdoen en is hiervoor dan afhankelijk van zijn partner. De

huisarts geeft aan dat verzoeker ADL en HDL zelfredzaam is en dat hij af en toe ondersteuning van zijn partner krijgt, maar ook geeft de huisarts aan dat de partner vaak van huis is.

Indien een verzekerde grotendeels voor zijn of haar ADL afhankelijk is van een partner/mantelzorger, dan ligt het voor de hand dat de mantelzorger ook hulp biedt bij het in- en uitdoen van hoortoestellen. Dit is een handeling die doorgaans hooguit enkele minuten in beslag neemt. In het geval een verzekerde ADL zelfredzaam is en de partner bovendien regelmatig niet aanwezig/beschikbaar is om hulp of zorg te bieden ligt dit minder voor de hand. Dit kan bovendien betekenen dat de verzekerde in afwezigheid van de partner geen gebruik kan maken van het noodzakelijke hulpmiddel.

In geval van verzoeker is uit de voorliggende informatie op te maken dat het in- en uithalen van een hoortoestel niet kan worden 'meegenomen' bij andere dagelijkse noodzakelijke (mantel)hulp, omdat die er niet is/niet nodig is. Verzoeker en de huisarts geven aan dat de partner af en toe ondersteuning biedt, wat niet gelijk te stellen is aan dagelijkse/dagelijks noodzakelijke mantelzorg.

Conclusie

Concrete informatie ontbreekt over welke alternatieve hoortoestellen gebleken adequaat zijn voor verzoeker. Gelet op de informatie van de huisarts, de eerder gegeven informatie van het Audiologisch Centrum (brief van 7 januari 2020) en de ergotherapeut, waaruit opgemaakt kan worden dat reguliere AHO/IHO hoortoestellen voor verzoeker niet voldoen, kan geconcludeerd worden dat verzoeker is aangewezen op hoortoestellen de Phonak Lyric."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door hem aangeschafte hoortoestellen van het type Phonak Lyric moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

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.22 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 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de op het geschil toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (artikel B.17 en het Reglement Hulpmiddelen 2019) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Verzoeker voert aan dat hij lijdt aan de spierziekte HMSN type 1 waardoor hij een beperkte motoriek heeft aan zijn voeten en handen. Door deze spierziekte zijn de gangbare hoortoestellen voor hem geen optie. Dit omdat hij niet de kracht heeft de toestellen elke dag in en uit te doen. De keuze voor hoortoestellen wordt dan heel beperkt. De audicien heeft verzoeker geadviseerd te kiezen voor hoortoestellen van het type Phonak Lyric. Deze hoortoestellen worden diep in de gehoorgang gebracht en kunnen daar drie maanden blijven zitten. Na drie maanden is de accu leeg en moeten ze door de audicien worden vervangen. Zowel de ergotherapeut als de audioloog ondersteunt verzoeker bij deze keuze.

Verzoeker merkt op dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 4 december 2020 een lijst opsomt van hoortoestellen die oplaadbaar zijn en met een afstandsbediening zijn te bedienen. De ziektekostenverzekeraar vergeet hierbij op te merken dat alle genoemde toestellen voor het opladen uit het oor gehaald moeten worden. Hiervoor is verzoeker afhankelijk van zijn partner. Zij is echter niet altijd beschikbaar.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoeker in 2019 heeft gekozen voor de aanschaf van twee hoortoestellen van het type Phonak Lyric. Deze hoortoestellen heeft hij afgenomen bij een niet-gecontracteerde leverancier. Pas na de aanschaf is door verzoeker een aanvraag ingediend voor vergoeding van de hoortoestellen. Dit betekent dat achteraf moet worden beoordeeld of aanspraak bestond.
- Verder geldt dat verzoeker een spierziekte heeft waardoor hij een verminderde motoriek heeft in onder meer zijn handen. Op basis van de ontvangen (medische) informatie kan echter niet worden vastgesteld met welke reden verzoeker is aangewezen op alleen de hoortoestellen van het type Phonak Lyric. Niet duidelijk wordt waarom bijvoorbeeld niet kan worden volstaan met alternatieven zoals oplaadbare hoortoestellen of hoortoestellen met een afstandsbediening. Deze alternatieven zijn namelijk wel opgenomen in de database. Omdat geen alternatieven zijn geprobeerd en derhalve het protocol op dit punt niet is gevolgd, is vergoeding van de kosten afgewezen.
- 6.4. De commissie overweegt dat bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering zorgverzekeraars gebruikmaken van het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Het protocol kent een indeling in vijf categorieën. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv. Hierin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij of zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande vastgelegd in artikel B.17 van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2019'. In dit reglement is opgenomen dat op basis van het 'hoorhulpmiddelen protocol' wordt bepaald op welk type hoortoestel de verzekerde recht heeft. Gedoeld wordt hier op het reeds genoemde ZN keuzeprotocol Hoorzorg. In dit protocol is onder andere bepaald dat betrokkene moet worden ondergebracht in één van de vijf categorieën. Lukt dit niet, dan kan sprake zijn van een bijzondere individuele zorgvraag. In dat geval moet objectief worden aangetoond, met aanvullende testen en bijkomende gegevens, dat het niet mogelijk is de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing.
- 6.5. De door verzoeker aangeschafte hoortoestellen van het type Phonak Lyric zijn niet opgenomen in de hoortoestellendatabase. Dit betekent dat pas aanspraak bestaat op dergelijke toestellen als vaststaat dat een verzekerde niet uit kan met een hoortoestel dat wél in de database is opgenomen. Om die reden is de voorwaarde gesteld dat een verzekerde ten minste twee toestellen uit de database moet proberen. Vast staat dat verzoeker geen andere toestellen heeft geprobeerd. Als reden hiervoor heeft verzoeker gegeven dat de gangbare toestellen in de database voor hem, gelet op de beperkte handfunctie, hoe dan ook geen alternatief vormen. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander bestreden en aangevoerd dat verzoeker ook een hoortoestel met oplaadbare batterijen in combinatie met een bijhorende afstandsbediening had kunnen afnemen. Dergelijke hoortoestellen zijn in de database opgenomen.
- 6.6. Uitgangspunt is dat een verzekerde op grond van artikel 2.9, eerste lid, Bzv (te allen tijde) recht heeft op een goed functionerend hulpmiddel, passend bij zijn beperking (dus adequaat). Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 6 oktober 2020 blijkt dat hierbij alle facetten van het hulpmiddel moeten worden betrokken. Dus niet alleen de hoorfunctionaliteit, maar ook het in- en uitdoen en het vervangen van de batterijen. Het Zorginstituut merkt verder op dat als een verzekerde grotendeels voor zijn of haar ADL afhankelijk is van een partner/mantelzorger, het voor de hand ligt dat de mantelzorger ook hulp biedt bij het in- en uitdoen van hoortoestellen. Verzoeker is evenwel ADL en HDL zelfredzaam. Daarbij is zijn partner regelmatig niet aanwezig zodat hij op die momenten mogelijk niet beschikt over een adequaat functionerend hulpmiddel. Gelet op de beschikbare informatie heeft verzoeker voldoende aannemelijk gemaakt dat hij niet uit kan met hoortoestellen die wel in de hoortoestellendatabase zijn opgenomen. Om die reden adviseert het Zorginstituut het verzoek toe te wijzen.
- De commissie ziet in het feit dat geen toepassing werd gegeven aan het ZN keuzeprotocol Hoorzorg onder de gegeven omstandigheden geen reden om van het advies af te wijken en volgt dit dan ook.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de hoor hem aangeschafte hoortoestellen van het type Phonak Lyric,
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.



Zeist, 3 februari 2021,



G.R.J. de Groot



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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. [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 2.10

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen.
3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.
4. Voor signaalhonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 ^e verstrekking nodig van ¹ :	Akkoord-verklaring nodig van ons (zie noot 1):	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
Hypertoon zout (van 3% t/m 7% NatriumChloride)	Alleen voor Cystic Fibrosis (CF, taatslijmziekte) patiënten van 6 jaar of ouder	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts of ver-pleegkundig specialist	Eigendom	Aanvragen van verzekeren jonger dan 6 jaar met CF of verzekerden zonder CF kunnen voorgelegd worden bij de afdeling Medische Beoordelingen. Hiervoor is er wel een uitgebreide motivatie nodig van de zorgverlener en behandelend arts of verpleegkundig specialist
Losse universele voorzetskamers	Voor gebruik in combinatie met dosis-aërosolen	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	
B.17.8.: Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (Artikel 2.10 Regeling)						
Hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes	Een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen), of ernstige oorsuizen	Gecontracteerde zorgverlener	Bij buiten-categorie hoortoestellen	Van 18 tot 67 jaar bij hoortoestel-dragenden: gecontracteerde triage audiciens Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoesteldragenden: kno-arts of audiologisch centrum Tot 18 jaar: Audiologisch Centrum Vanaf 67 jaar: gecontracteerde triage audiciens	Eigendom	Wettelijke eigen bijdrage vanaf 18 jaar: 25% van de aanschafkosten en van oorstukjes Het hulpmiddel moet: - geleverd worden door gediplomeerd StAr-audicien - aangemeten zijn conform de meest recente versie van het Hoorprotocol - zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database De zorg omvat niet: Vervanging batterijen of accu's en accessoires Audiogram mag niet ouder zijn dan 9 maanden U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken. Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde zorgverlener die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode. Wilt u naar een andere (gecontracteerde) zorgverlener? Neem dan contact met ons op. Wanneer u in aanmerking wilt komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellen database is opgenomen: - moeten er tenminste twee verschillende toestellen uit deze database uitgeprobeerd te zijn en -moet er een functioneel voorschrift van het audiologisch centrum zijn waaruit blijkt dat er niet met een toestel binnen deze database uitgekomen kan worden

lener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De dieetpreparaten zijn geleverd op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgverlener afspreekt.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend wil zeggen dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internet-site van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u bent verzekerd voor een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van

de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;

- hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
 - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
 - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd.
- De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:
 - Plaswekker;
 - Gezichtshulpmiddelen;
 - Steunzolen;
 - Hulpmiddelen voetzorg;
 - Thuisbewakingsmonitor;
 - ADL-hulpmiddelen;
 - Thuisverzorgingsartikelen;
 - Steunpessarium;
 - Teststrips voor mensen met diabetes waarbij er geen sprake is van toedienen van insuline;
 - Persoonsalarmering (sociale alarmering);
 - Condooms;
 - Braces en bandages;
 - Epilepsie alarmering;
 - Redressiehelm.Meer informatie hierover vindt u in hoofdstuk D.4.
 - Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding. Dat zijn de volgende hulpmiddelen:
 - orthopedische schoenen;
 - verbandschoenen;
 - haarwerken;
 - hoortoestellen;
 - gezichtshulpmiddelen.Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen en/of in hoofdstuk D.4.

Tip

In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn

opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;
- de hoogte van een eventuele wettelijke eigen bijdrage of maximum vergoeding.

U kunt het Reglement bekijken op onze internet-site of bij ons opvragen.

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit het geval is. Als u het hulpmiddel ontvangt van een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, betalen wij de zorgverlener. Daarna verrekenen wij de wettelijke eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

Als u het hulpmiddel ontvangt van een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, betaalt u zelf de zorgverlener en dient u daarna de nota bij ons in. Bij de afhandeling van de nota houden wij meteen rekening met de wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding.

Let op!

Deze wettelijke eigen bijdrage en/of een aanvullende vergoeding op maximumbedragen kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garantievoorwaarden van de fabrikant en/of de zorgverlener.

Schade (kosten van reparatie en vervanging daaronder begrepen) aan een hulpmiddel dat wij aan u in eigendom of bruikleen hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, wordt niet onder uw zorgverzekering gedekt.

Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.

Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de

verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven.

- Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, zien daar op toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.

Zorgverlener

Als wij bij een hulpmiddel specifieke eisen stellen aan een bepaalde zorgverlener, staat dat in het reglement aangegeven.

Voorschrift

Voor aanvang van de behandeling hebt u een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener nodig voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement Hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als dat in het Reglement Hulpmiddelen bij het betreffende hulpmiddel is aangegeven.
- Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat de aanvraag bij ons binnenkomt.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt geleverd op de locatie waar de zorgverlener werkzaam is, op uw (woon)adres of op een ander door u opgegeven adres.

B.17.5. Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancezorg, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

de Wet ambulancezorg verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikopter- vervoer onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (be- roeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze

bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

Voorwaarden

Algemeen

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland;
- Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging.
- Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Behandelvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wilt maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats:

- Van:
 - uw wettelijke woonadres;
 - uw tijdelijke verblijfadres;
 - de plaats waar u wordt behandeld;
 - de plaats van uw ongeval of plotselinge ziekte

naar:

- een zorgverlener of instelling. U moet op grond van uw zorgverzekering helemaal of voor een deel verzekerd zijn voor de zorg die u daar krijgt;
- een instelling waar u bent opgenomen. Uw opname moet helemaal of voor een deel vallen onder de dekking van de Wlz;