



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Centrale Ziektekostenverzekering NZV NV te Tilburg  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, Phonak Bolero B50-PR  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, onderdeel c, en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018  
Zaaknummer : 201901365  
Zittingsdatum : 16 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Centrale Ziektekostenverzekering NZV NV te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 1 november 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
  - 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 december 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 23 december 2019 aan verzoeker gezonden.
  - 2.3. Bij brief van 20 januari 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019064690) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 21 januari 2020 aan partijen gestuurd. Verzoeker is hierbij gevraagd vóór 31 januari 2020 aanvullende informatie aan te leveren. Aan dit verzoek is door hem geen gevolg gegeven.
  - 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 september 2020 gehoord.
  - 2.5. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in vervolg op de hoorzitting de mogelijkheid geboden nader te onderbouwen dat verzoeker uit kan komen met een hoortoestel uit de landelijke hoortoestellen database. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 september 2020 per brief van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze brief is op 28 september 2020 aan verzoeker gestuurd, waarbij hem de gelegenheid is geboden hierop te reageren. Op 9, 11, en 13 oktober 2020 heeft hij per e-mail gereageerd. Kopieën van deze mailberichten zijn op 14 oktober 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op 15 oktober 2020 heeft hij per brief hierop gereageerd.
  - 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 14 oktober 2020 aan het Zorginstituut gezonden. Een afschrift van de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 15 oktober 2020 is diezelfde dag nagestuurd. Bij brief van 26 oktober 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 oktober 2020 aan partijen gezonden, waarbij hen de mogelijkheid is geboden op dit definitief advies te reageren. Van deze mogelijkheid hebben partijen geen gebruikgemaakt.
3. Vaststaande feiten
- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Delta Lloyd Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Verzoeker heeft een verminderd gehoor. Hij heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van de twee aan hem voorgeschreven hoortoestellen van het type Phonak Bolero B50-PR te vergoeden. De rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 10 december 2018 afwijzend beslist.
- 3.3. Verzoeker heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 februari 2019 heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.4. Op het 'Recept hoortoestel proef' heeft de geconsulteerde klinisch fysisch/audioloog vermeld:
- "(...)  
*Als cliënt zelf hoortoestellen in kan doen, graag oplaadbare toestellen, bijvoorbeeld uit de phonak B serie. Anders volgens richtlijn.*  
(...)  
**Opmerkingen: Motorische problemen waardoor batterijen verwisselen niet mogelijk is.**  
*Hiernaast een mogelijkheid om hoortoestellen te bedienen (zonder kleine knopjes).*  
(...)"
- 3.5. De behandelend KNO-arts heeft op 26 maart 2019 verklaard:
- "(...)  
*Zou u de hoortoestellen volgens het onderstaande recept op proef willen verstrekken, aan bovengenoemde patiënt(e).*  
*Otologische bijzonderheden: geen*  
*Status na:*  
*Bijzonderheden: 2 hoortoestellen oplaadbaar met afstandsbediening evt ook Sennheiser.*  
(...)"
- 3.6. De geconsulteerde klinisch fysisch/audioloog heeft bij brief van 22 mei 2019 verklaard:
- "Geachte collega,  
*Wij zagen patiënt op ons Audiologisch Centrum voor onderzoek van het gehoor en het aanpassen van hoortoestellen. Echter, het gehoorverlies is zodanig dat er niet is voldaan aan de formele indicatie voor hoortoestellen. Daarnaast zijn de voorgeschreven toestellen niet genoemd in de hoortoestellendatabase en worden daarom niet zonder meer vergoed. Met deze brief wil ik de aanpassing van hoortoestellen motiveren en u verzoeken om de hoortoestellen t.b.v. bovengenoemde verzekerde te vergoeden.*
- Anamnese**  
*Patiënt is naar ons verwezen door KNO-arts [naam] voor onderzoek en revalidatie van het gehoor. Uit ons onderzoek blijkt, dat patiënt beiderzijds een licht perceptief gehoorverlies heeft. Het gehoorverlies leidt tot moeite met verstaan, zeker in situaties met veel rumoer en/of een ongunstige akoestiek.*  
*Cliënt heeft een TIA en beroerte gehad 2 jaar geleden met als gevolg dat de vingers geen fijne motoriek meer hebben. Gepriegel met batterijtjes en harder/zachter zetten is niet te doen met hoortoestellen. Hij is door de motorische problemen al erg aangewezen op echtgenote.*  
Hulpvraag van cliënt:  
*Cliënt wil graag hoortoestellen met de mogelijkheid om ze zelf te bedienen (oplaadbaar en met afstandsbediening)*
- Audiologisch onderzoek**  
Toonaudiometrie  
*Zie bijgevoegd audiogram. AD en AS perceptief gehoorverlies van gemiddeld 31 en 36 dBHL (1,2,4 kHz) en maximaal 75 dBHL beiderzijds.*  
Spraakaudiometrie

Beiderzijds is de foneemcurve 16 dB verschoven t.o.v. normaal en de maximale foneemscore is 97% bij 65 dB rechts en bij 75 dB links. Bij zachte spraak (55 dB) wordt 79% verstaan

Spraakaudiometrie met hoortoestellen in vrije veld

AD en AS is de foneemcurve 8 dB verschoven t.o.v. normaal en de foneemscore is 100% bij 65 dB (conversatiesterkte) en 91% bij 55 dB (zachte spraak).

**Onderzoek naar mogelijkheden oplaadbare toestellen**

Van de hoortoestellen die vergoed worden door verzekeraars zijn er enkele LIHO (Luidspreker in het oor)-toestellen die oplaadbaar zijn. Wij hebben een recept daarvoor uitgeschreven, echter blijkt de gehoorgang van cliënt te smal voor het aanpassen van dergelijke toestellen. AHO-hoortoestellen (achter het oor) zijn daarom geïndiceerd. Van AHO-hoortoestellen zijn geen oplaadbare hoortoestellen in de database bekend.

**Revalidatie**

Na een proefperiode met beiderzijds een Phonak Bolero B50 PR hoortoestel, zijn de ervaringen positief. Verstaan gaat veel beter. Door de oplaadbaarheid kan hij zelfstandig zijn hoortoestellen gebruiken. Een functionele evaluatie van de revalidatie tijdens een controlebezoek aan ons Centrum, toont verbetering van het spraakverstaan in stilte met enkele procenten, bij normale spraaksterkte, bij zachte spraak 10-15% verbetering. Samenvattend: het hoortoestel zorgt voor een duidelijke vermindering van de klachten als gevolg van de slechthorendheid en is zelfstandig te gebruiken

**Conclusie**

Ik verzoek u dan ook om tot vergoeding van de hoortoestellen over te gaan. Daarbij geef ik u als overweging mee dat de indicatie-norm gebaseerd is op drempelwaarden, die niet alles zeggen over het functioneren met dat gehoorverlies. Daarnaast acht ik de zelfstandigheid van cliënt een groot goed. Ook verwijs ik - wellicht ten overvloede - naar de regelgeving die de mogelijkheid biedt om in bijzondere gevallen af te wijken van de normale indicatiestelling.”

3.7. Het voorlopig advies van het Zorginstituut van 20 januari 2020 luidt, voor zover hier van belang:

**“Beoordeling**

De vraag moet worden beantwoord of verzekerde aanspraak maakt op vergoeding van de kosten van de aangevraagde hoortoestellen. Het Zorginstituut heeft met zijn medisch adviseur de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

Bij verzoeker is niet het gehoorverlies de reden van de aanvraag voor buitencategorie hoortoestellen, maar de beperkingen in fijne motoriek, waardoor het verzoeker niet lukt om de volumeknop te bedienen en batterijen te wisselen. Ook de motorische beperkingen moeten worden meegenomen in de beoordeling welk hoortoestel adequaat is voor verzoeker, immers de concrete feiten en omstandigheden waarin de individuele verzekerde op het gebruik is aangewezen, dienen richtinggevend te zijn.

In het algemeen gaan batterijen enkele dagen tot enkele weken mee, en is de levensduur van batterijen mede afhankelijk van het gebruik van het hoortoestel. Als batterijen niet frequent vervangen hoeven te worden, zal verstrekking van een oplaadbaar hoortoestel buiten de database zonder meer ondoelmatig zijn. Als vervanging zeer frequent nodig is, ondanks goed gebruik, en als het dan frequent voorkomt dat vervanging nodig is op onverwachte, ongelukkige momenten, dan kan een oplaadbaar toestel aangewezen zijn.

Ten aanzien van de afstandsbediening geldt eveneens dat iemand hierop aangewezen kan zijn als de instellingen van het hoortoestel frequent aangepast moeten worden en de gebruiker dit niet aan het hoortoestel zelf kan doen.

Uit de voorliggende informatie is op te maken dat oplaadbare (LIHO) hoortoestellen uit de database overwogen c.q. uitgeprobeerd zijn en bleek dat deze niet voldeden. Of ook een AHO-hoortoestel uit de database is overwogen en uitgeprobeerd (bijvoorbeeld een die, naar verwachting, minder batterijen zal verbruiken, c.q. met afstandsbediening) wordt uit de voorliggende informatie niet duidelijk. Kortom, niet duidelijk is of er hoortoestellen in de database zijn die voor verzoeker een voldoende adequaat, doelmatig alternatief zijn, gezien zijn beperkingen. Dit zou nader onderzocht moeten worden.

NB: in tegenstelling tot zorgverzekeraars en zorgverleners heeft het Zorginstituut geen toegang tot de hoortoestellendatabase. Eventueel zouden verweerder en/of zorgverlener kunnen verifiëren of er (inmiddels) wel oplaadbare AHO hoortoestellen in de database zijn opgenomen.

**Advies van het Zorginstituut**

*Gelet op al het voorgaande adviseert het Zorginstituut u om verweerder nader onderzoek te laten verrichten met inachtneming van het vorenstaande."*

- 3.8. De betrokken audicien heeft op 12 oktober 2020 aan verzoeker, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...)

*Ik heb uw schrijven ontvangen. U geeft aan dat er een lijst met hoortoestellen naar u toe is gezonden die oplaadbaar zijn. Echter geeft u ook aan dat een groot gedeelte uitgevoerd is met een luidspreker in het oor. Dit is in het verleden geen succes gebleken.*

*De problemen die wij toen hebben ervaren was dat uw gehoorgang te smal is voor dit soort toestellen.*

*Als oplossing hebben wij toen een boortoestel met thintube luchtslang gekozen met een maatwerk oorstukje. Deze beviel goed qua geluid en u kon het zelf goed hanteren.*

*(...)"*

- 3.9. Het definitief advies van het Zorginstituut van 26 oktober 2020 luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

*Uit de brief van 17 september 2020 van verweerder blijkt dat verweerder, net als het Zorginstituut, niet beschikt over een kant-en-klare lijst uit de database van AHO-hoortoestellen die oplaadbaar zijn en die bediend kunnen worden met afstandsbediening. Wel heeft verweerder een lijst van oplaadbare hoortoestellen opgesteld waar eerder specificaties van zijn opgezocht. Of deze ook afstandsbediening hebben is verweerder niet bekend. Verweerder geeft wel aan dat het zou kunnen zijn dat een afstandsbediening niet nodig is, omdat de hoortoestellen wellicht via de smartphone kunnen worden bediend. Verder geeft verweerder aan dat deze lijst niet limitatief is en dat er mogelijk meer oplaadbare hoortoestellen zijn in deze categorieën.*

*In de door verweerder gegeven lijst zitten naast AHO-hoortoestellen ook een aantal hoortoestellen die aangeduid zijn met RIC. Dit betreft hoortoestellen waarvan de behuizing eveneens achter het oor zit, maar deze is kleiner dan die van reguliere AHO-hoortoestellen. Kenmerkend voor RIC-hoortoestellen is dat hierbij de luidspreker in de gehoorgang zit (LIHO, RIC: Receiver In Canal).*

*Uit het gegeven dat IHO-hoortoestellen voor verzoeker geen optie zijn vanwege een te nauwe gehoorgang, volgt dat ook RIC/LIHO-hoortoestellen voor hem geen optie zullen zijn, zoals verzoeker in zijn email ook aangeeft.*

*Of er onder de overig genoemde hoortoestellen voor verzoeker geschikte hoortoestellen zijn, wordt uit de voorliggende gegevens niet duidelijk. Verweerder geeft aan dat het aan de leverancier/zorgverlener is om dit verder voor de klant te beoordelen en te onderbouwen, o.a. door het alsnog beantwoorden van de vragen die in januari 2020 door de SKGZ aan verzoeker zijn gesteld.*

*In de betreffende brief van 21 januari 2020 blijkt dat het gaat om de volgende vragen en geeft de SKGZ aan dat zij deze antwoorden bij voorkeur ontvangt van de klinisch fysisch audioloog van verzoeker:*

*- Zijn achter-het-oor-hoortoestellen (AHO-hoortoestellen) met batterijen én afstandsbediening uit de landelijke hoortoestellendatabase geprobeerd? Bijvoorbeeld AHO-hoortoestellen die, naar verwachting, weinig batterijen zullen verbruiken?*

*- Zo niet, wat waren de overwegingen deze AHO-hoortoestellen niet voor te schrijven?*

*- Zo ja, waarom voldeden deze AHO-hoortoestellen niet?*

*Bij de voorliggende stukken is geen informatie aanwezig van een klinisch fysisch audioloog met antwoorden op de gestelde vragen. Er is wel een brief van 12 oktober 2020 van de audicien, die aangeeft dat het gebruik IHO-hoortoestellen geen succes was vanwege de te smalle gehoorgang van verzoeker. Er is toen gekozen voor een hoortoestel met thintube luchtslang met een maatwerk oorstukje. Op de door verweerder gegeven lijst met hoortoestellen gaat de audicien niet in. Ook geeft de audicien geen antwoord op de door de SKGZ gestelde vragen.*

**Beoordeling**

*Op basis van de aanvullende informatie blijft niet duidelijk of er hoortoestellen in de database zijn die voor verzoeker gezien zijn beperkingen, een voldoende adequaat en doelmatig alternatief zijn.*

**Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:  
Op basis van de voorliggende informatie kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker redelijkerwijs  
is aangewezen op twee Phonak Bolero B50-PR hoortoestellen.  
(...)"*

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van twee hoortoestellen van het type Phonak Bolero B50-PR geheel of gedeeltelijk 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.


**Zorgverzekering**

- 6.2. De door verzoeker gewenste hoortoestellen zijn hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie. Niet langer ter discussie staat dat verzoeker aan beide (revalideerbare) oren een gehoorverlies van 35 dB heeft, zoals bedoeld in het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar (verder: het reglement). Dat verzoeker een verzekeringsindicatie heeft voor hoortoestellen staat hiermee vast. Uit de brief van de geconsulteerde klinisch fysisch/audioloog van 22 mei 2019 valt op te maken dat verzoeker gebruik moet maken van achter-het-oor-hoortoestellen (verder: AHO-hoortoestellen). Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of hij is aangewezen op de hoortoestellen van het type Phonak Bolero B50-PR. Dit zijn oplaadbare AHO-hoortoestellen waarvan het volume met afstandsbediening is te regelen.
- 6.3. Verzoeker voert in dit verband aan dat hij vanwege motorische problemen aan zijn handen is aangewezen op de desbetreffende hoortoestellen. Dit wordt door zijn huisarts en twee audiologen onderschreven. Naar de mening van verzoeker houdt adequate en doelmatige zorg bovendien in dat hij zijn zelfredzaamheid zoveel mogelijk kan handhaven, mits dat financieel aanvaardbaar is. Met niet-oplaadbare hoortoestellen is het eerste niet mogelijk, omdat een ander dan namelijk de batterijen van zijn hoortoestellen moet vervangen. De kosten van de gewenste hoortoestellen zijn volgens verzoeker aanvaardbaar, omdat hij de goedkoopste oplaadbare hoortoestellen die voldoen aan de kwaliteitseisen heeft uitgezocht. Vanwege een te smalle gehoorgang kan verzoeker geen gebruik maken van LIHO-hoortoestellen, waardoor een deel van de door de ziektekostenverzekeraar aangedragen mogelijke alternatieven al afvalt.
- 6.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan verzoeker uit met niet-oplaadbare AHO-hoortoestellen waarvan het volume met een afstandsbediening is te regelen. Zodanige hoortoestellen zijn wél opgenomen in de database. De ziektekostenverzekeraar voert in dit verband aan dat het vervangen van batterijen geen dagelijkse handeling is. Bovendien kan deze handeling worden verricht door


iemand in de omgeving van verzoeker. Daarbij heeft de behandelend audioloog niet op basis van een 'gehoor specifieke reden' geconcludeerd dat verzoeker is aangewezen op de door hem gewenste hoortoestellen. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar artikel 2.1, derde lid, Bzv in samenhang met artikel A.3.2. van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

De ziektekostenverzekeraar heeft een lijst van oplaadbare hoortoestellen opgesteld waarvan eerder specificaties zijn opgezocht. Of deze ook afstandsbediening hebben is hem niet bekend. Het zou kunnen zijn dat een afstandsbediening niet nodig is, omdat de hoortoestellen wellicht via de smartphone kunnen worden bediend. De lijst is overigens niet limitatief en mogelijk zijn er meer oplaadbare hoortoestellen in deze categorieën.

- 6.5. De verzekeringsvoorwaarden zijn in beginsel bepalend voor de aanspraak op zorg, zoals hoortoestellen. In het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar (verder: het reglement) is over hoortoestellen die niet in de database zijn opgenomen bepaald: *"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 uitgetest 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[.]"
- In aanvulling hierop is een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar of gecontracteerde zorgverlener nodig. Met dit laatste wordt een leverancier hulpmiddelen bedoeld. Dit volgt uit de artikelen 2.1 tot en met 2.3 van het reglement.
- 6.6. De wens van verzoeker zijn zelfstandigheid zoveel mogelijk te behouden, is begrijpelijk. Daarentegen mag de ziektekostenverzekeraar de aanvraag, waarvan het functionele voorschrift van het betrokken audiologisch centrum onderdeel is, beoordelen op doelmatigheid. Dat de ziektekostenverzekeraar verzekeren niet automatisch aanspraak heeft willen geven op hoortoestellen buiten de database als is voldaan aan de beide voorwaarden, genoemd onder 6.5 is begrijpelijk en geformaliseerd door daarnaast de eis te stellen van voorafgaande toestemming door de ziektekostenverzekeraar of een gecontracteerde zorgverlener.
- 6.7. Uit de verklaringen van de geconsulteerde audioloog van het betrokken audiologisch centrum en de behandelend KNO-arts blijkt niet dat de door verzoeker gewenste hoortoestellen noodzakelijk zijn om de stoornis van de hoorfunctie te corrigeren. Uit deze verklaringen volgt dat de hoortoestellen noodzakelijk zijn vanwege de bediening (het harder en zachter zetten door middel van een afstandsbediening) en het onderhoud van de hoortoestellen (het opladen van de hoortoestellen). Uit het advies van het Zorginstituut van 20 januari 2020 blijkt dat ook deze omstandigheden moeten worden meegewogen in de beoordeling van de doelmatigheid van een hulpmiddel als een hoortoestel.
- 6.8. Nu dit door de ziektekostenverzekeraar niet gemotiveerd is bestreden, neemt de commissie als vaststaand aan dat verzoeker niet uit kan met LIHO-toestellen, aangezien zijn gehoorgang hiervoor te smal is. In de database komen ook oplaadbare LIHO-toestellen voor. Anders was dit ten tijde van het ontstaan van het geschil voor de AHO-hoortoestellen. Ten aanzien van de noodzaak van oplaadbare (AHO-)toestellen heeft het Zorginstituut toegelicht dat de frequentie van de vervanging van de batterijen bij normaal gebruik bepalend is voor de aanspraak. Niet gebleken is dat AHO-hoortoestellen uit de database met een mogelijk lager batterijverbruik zijn overwogen of geprobeerd, en waarom hiervan is afgezien. Hetzelfde geldt voor de afstandsbediening. Volgens het Zorginstituut hangt het hierbij in de eerste plaats ervan af of de instellingen frequent moeten worden aangepast. Is dit al het geval, dan zijn er in de database wellicht AHO-toestellen met afstandsbediening opgenomen die hadden kunnen worden overwogen of geprobeerd. Tegen deze achtergrond heeft de commissie verzoeker op 21 januari 2020 een aantal vragen gesteld, bij voorkeur te beantwoorden door de behandelend klinisch fysicus/audioloog. Op deze vragen is binnen de gestelde termijn geen antwoord ontvangen. Nu verzoeker aanspraak maakt op de verzekeringsdekking, is het aan hem met een deugdelijke onderbouwing van de aanvraag te komen. Aangezien hij, daartoe in de gelegenheid gesteld, het tegendeel niet aannemelijk heeft






gemaakt, houdt de commissie het ervoor dat binnen de database AHO-toestellen beschikbaar waren met een lager batterijverbruik en - voor zover al noodzakelijk vanwege het frequent moeten wijzigen van de instellingen - voorzien van een afstandsbediening.

- 
- 6.9. Verzoeker heeft nog voorgesteld het verschil tussen (a) de kosten van de hoortoestellen die voor vergoeding in aanmerking komen en (b) de kosten van de hoortoestellen die hij wenst te verkrijgen, voor zijn rekening te nemen. Daardoor zou verzoeker een gedeeltelijke vergoeding van laatstgenoemde hoortoestellen ontvangen. De verzekeringsvoorwaarden brengen echter mee dat verzoeker geen recht heeft op vergoeding ten laste van de zorgverzekering, ook niet een gedeeltelijke vergoeding.




#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 
- 6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, in aanvulling op de zorgverzekering, dekking voor de wettelijke eigen bijdragen en de kosten die hoger zijn dan de wettelijke maximumvergoeding, tot maximaal € 1.000,--.
- 
- 6.11. Voor hoortoestellen geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten. Dit volgt uit artikel 2.33, tweede lid, Rzv. Bij deze hulpmiddelen is geen wettelijke maximumvergoeding van toepassing. Nu verzoeker geen aanspraak heeft op de hoortoestellen vanuit de zorgverzekering geldt ook de wettelijke eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten niet. Hij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding hiervan vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.




#### **7. Bindend advies**

- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 2 december 2020,



G.R.J. de Groot



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

ringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.

- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze internetsite vinden.

### A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

#### A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

#### A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. Naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden bovenstaande eisen voor het krijgen van aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan deze eisen of andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.

#### A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de internetsite van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl) is de Regeling zorgverzekering te vinden

#### A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel

## B.16. Dieetpreparaten

### Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat levering van (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten die als drink- en/of sondevoeding gebruikt worden.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
  - voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn;
  - afslankproducten, ook niet als zij als dieetpreparaat geregistreerd zijn;
  - aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk en dergelijke;
  - voeding die via de bloedbaan wordt toegediend; deze wordt vergoed uit artikel B.15.1.

### Voorwaarden

#### Algemeen

Voor dieetpreparaten gelden de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven, is geregistreerd als dieetpreparaat en als zodanig opgenomen in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten die zijn omschreven in de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie ook artikel B.15.1. onder Zorgadvies en akkoordverklaring, nadere voorwaarden.):
  - U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
  - U kunt niet uitkomen met andere producten van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
  - U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl).

#### Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een

diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

#### Zorgadvies en akkoordverklaring

De zorgverlener – met uitzondering van de huisarts - die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsverklaring in. Wij, of een zorgverlener 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 hebt u recht op?

#### 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 internetsite van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl).

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op 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 ziekenhuisopname 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:
  - Plaswetter;
  - 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 garantievoorzwaarden 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.

### Voorgestelde behandeling (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.

### Zorgadvies en akkoordverklaring

- In het Reglement Hulpmiddelen geven wij per hulpmiddel aan of vooraf een akkoordverklaring nodig is.
- 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 hebt u recht op?

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 acuut 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 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 (beroeps)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.

aan een EU-nummer, en die ook een RVG-nummer hebben.

Geneesmiddelen en voedingssupplementen die bewezen werkzaam, veilig en geregistreerd zijn in Nederland krijgen dit nummer.

Of een middel geregistreerd is, kunt u zien op: [www.cbg-meb.nl/geneesmiddeleninformatiebank](http://www.cbg-meb.nl/geneesmiddeleninformatiebank).

Voorbeeld:

- geregistreerde glucosamine bij gewrichtsklachten;
- geregistreerde Melatonine voor kinderen met ADHD.

### Zorgverlener

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheker.

### Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, tandarts of verloskundige heeft vastgesteld dat de geneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn.

### Tarieven

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

### Plaats

U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

## D.3.5. Anticonceptie

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden anticonceptie medicijnen of hulpmiddelen die volgens de zorgverzekering tot een bepaalde leeftijd worden vergoed.

Hoeveel en bij welke leeftijd wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

### Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. voor de voorwaarden aan de anticonceptie medicijnen; zie artikel D.4.0. voor de voorwaarden aan de anticonceptie hulpmiddelen. De voorwaarden voor plaatsing van een pessarium of koperhoudend spiraaltje kunt u (via artikel D.4.0.) vinden in ons Reglement Hulpmiddelen. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

### Algemeen

- Het anticonceptie medicijn of hulpmiddel wordt

volgens de zorgverzekering tot 21 jaar vergoed.

- Omdat uw leeftijd niet aan de gestelde voorwaarden van de zorgverzekering voldoet, krijgt u op grond van de zorgverzekering geen vergoeding voor de anticonceptie medicijnen en/of hulpmiddelen.

### Zorgverlener

- Het anticonceptie medicijn is geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheker.
- Het anticonceptie hulpmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen zorgverlener.

### Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, medisch specialist, verpleegkundig specialist of verloskundige heeft vastgesteld dat het anticonceptie medicijn of hulpmiddel (medisch) noodzakelijk is.

### Tarieven

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

### Plaats

U krijgt het anticonceptie medicijn in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

Het anticonceptie hulpmiddel wordt afgeleverd:

- op de locatie van de zorgverlener die wij hebben aangewezen voor de levering van dat hulpmiddel;
- op uw woonadres;
- op een andere locatie die u en de zorgverlener overeenkomen en die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid als passend is te beschouwen.

## D.4. Hulpmiddelen

### D.4.0. Hulpmiddelen algemeen

#### Algemeen

- Vanuit de zorgverzekering hebt u recht op de levering van functionerende medische hulpmiddelen. Functionerend betekent, dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn. Deze hulpmiddelen zijn beschreven in ons Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl).
- In de zorgverzekering kan hulpmiddelenzorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In artikel B.17. kunt u lezen of u daar recht op hebt.
- Daarnaast kunt u op grond van D.4. vergoeding

Kwaadwillige besmetting:

“het – buiten het kader van een van de 6 in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Preventieve maatregelen:

“van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken”.

Herverzekering van de N.H.T.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Als sprake is van een aanpassing meldt de N.H.T. dit in 3 landelijke dagbladen.

Clausuleblad terrorisme

Bijna alle verzekeraars maken van de herverzekering van de N.H.T. gebruik. Er is ook één landelijk “Clausuleblad Terrorisme” (clausuleblad NHT) uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op de internetsite [www.terrorismeverzekerd.nl](http://www.terrorismeverzekerd.nl).

### A.21.3. Atoomkernreacties

U hebt geen recht op (kosten van) behandelingen die het gevolg zijn van atoomkernreacties.

Zijn de kosten veroorzaakt door radioactief materiaal dat zich buiten een kerninstallatie bevindt, dan hebt u daar wel recht op als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
- De plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- Volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de geleden schade.

### A.21.4. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de

gevangenis zit, hebt u geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan. Ook als de zorg die u ontvangt wel onder de verzekering valt. Dit geldt zowel voor gevangenschap/hechtenis in Nederland als in het buitenland. U bent tijdens deze periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens de instelling waar u verblijft wordt verstrekt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.

## A.22. Geschillen

### A.22.1. Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de verzekering hebben genomen, kunt u schriftelijk aan onze afdeling Juridische Zaken vragen de beslissing te heroverwegen.

### A.22.2. Rechter of geschillencommissie

Gaat u niet akkoord met de uitkomst van de heroverweging? U kunt dan kiezen voor één van de volgende mogelijkheden:

- U kunt naar de bevoegde rechter als wij niet binnen 4 weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook doen als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
- U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist ([www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik maken van de andere mogelijkheid.

### A.22.3. E-Court

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet op tijd aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. U hebt gedurende een maand vanaf de oproeping het recht om te kiezen voor behandeling door de kantonrechter. De wettelijke regels daarvoor en het Arbitrage Reglement dat op de internetsite [www.e-court.nl](http://www.e-court.nl) staat zijn van toepassing.

## REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 <sup>e</sup> verstrekking nodig van <sup>1</sup> :	Akkoord-verklaring nodig van ons <small>(zie noot 1)</small> :	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
<b>Vernevelaar en toebehoren</b>		Gecontracteerde zorgverlener	-Bij vervanging binnen 5 jaar -Bij gewijzigde vervolgaanvragen -Bij tweede apparaat	Medisch specialist	Bruikleen	De zorg omvat niet: Vernevelaars voor vernevelen van vloeistoffen uit huisapotheek of van water
<b>Hypertoon zout (van 3% t/m 7% NatriumChloride)</b>	Alleen voor Cystic Fibrosis (CF, taaislijmziekte) patiënten van 6 jaar of ouder	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	Aanvragen van verzekeren jonger dan 6 jaar met CF of verzekeren zonder CF kunnen voorgelegd worden bij de afdeling Medische Beoordelingen. Hiervoor is er wel een uitgebreide motivatie nodig van de zorgverlener en behandelend specialist
<b>Losse universele voorzetskamers</b>	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)



## REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 <sup>e</sup> verstrekking nodig van <sup>1</sup> :	Akkoord-verklaring nodig van ons <small>(zie noot 1)</small> :	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
<b>Hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes</b>	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	<p>Van 18 tot 67 jaar bij hoortoestel-dragenden: gecontracteer de triage audicien</p> <p>Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoesteldra -genden: kno-arts of audiologisch centrum</p> <p>Tot 18 jaar: Audiologisch Centrum</p> <p>Vanaf 67 jaar: gecontracteer de triage audicien</p>	Eigendom	<p>Wettelijke eigen bijdrage vanaf 18 jaar: 25% van de aanschafkosten en van oorstukjes</p> <p>Het hulpmiddel moet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- geleverd worden door gediplomeerd StAr-audicien</li> <li>- aangemeten zijn conform de meest recente versie van het Hoorprotocol</li> <li>- zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database</li> </ul> <p>De zorg omvat niet:                      Vervanging batterijen of accu's en accessoires</p> <p>Audiogram mag niet ouder zijn dan 9 maanden</p> <p>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.</p> <p>Wanneer u in aanmerking wilt komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellen database is opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moeten er tenminste twee verschillende toestellen uit deze database uitgeprobeerd te zijn en</li> <li>- moet er een functioneel voorschrift van het audiologisch centrum zijn waaruit blijkt dat er niet met een toestel binnen deze database uitgekomen kan worden</li> </ul>

### 1.3.2. Functionerend hulpmiddel

In het kader van de Regeling Zorgverzekering hebt u recht op een functionerend hulpmiddel. Onder functionerend hulpmiddel wordt verstaan dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf horen ook een gebruikersinstructie, batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren noodzakelijk voor het functioneren. Om van een functionerend hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of aanpassing nodig zijn. Ook kan vergoeding of verstrekking van een reserve hulpmiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs noodzakelijk is. U moet voortdurend de beschikking hebben over een werkend, gepast en/of geschikt hulpmiddel. Vervanging van batterijen komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

## 2. ALGEMENE BEPALINGEN

### 2.1. Zorgverleners met wie wij een overeenkomst hebben gesloten

Wij hebben met verschillende zorgverleners van hulpmiddelen overeenkomsten gesloten. Er zijn daarbij afspraken gemaakt over kwaliteit, garantie, service en levering. U bent niet verplicht uw hulpmiddel bij deze zorgverleners af te nemen. Wij adviseren u om dat wel te doen. U bent dan verzekerd van een kwalitatief goed hulpmiddel met garantie en een goede dienstverlening en service van de zorgverlener. Bovendien verzorgen deze zorgverleners vaak (voor ons) de beoordeling van het recht op verstrekking en de beoordeling welk hulpmiddel noodzakelijk is. Dit is prettig voor u, omdat u dan niet zelf een akkoordverklaring bij ons hoeft aan te vragen. Als u niet wilt dat de zorgverlener de beoordeling (namens ons) doet, kunt u dit ook door ons laten doen. U moet hier schriftelijk bij ons om vragen. Daarnaast bent u er bij een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben zeker van dat de rekeningen direct van de zorgverlener naar ons gaan, zodat u geen overbodige nota's krijgt. Wij betalen de zorgverlener rechtstreeks en verrekenen een eventuele (wettelijke) eigen bijdrage met u. Er is een lijst beschikbaar van alle zorgverleners met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. U kunt deze bekijken op onze internetsite of bij ons opvragen.

### 2.2. Zorgverleners met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten

Als u een hulpmiddel wilt laten leveren door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Het is namelijk mogelijk dat u geen recht hebt op het betreffende hulpmiddel of het hulpmiddel maar gedeeltelijk vergoed krijgt. Daarnaast kunnen wij u bij de aanschaf adviseren over het hulpmiddel en/of de zorgverlener en er daarmee voor zorgen dat u kwalitatief goede hulpmiddelenzorg krijgt. Als u een hulpmiddel ontvangt van een zorgverlener waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal een bepaald bedrag. U kunt hier in artikel A.20. van de verzekeringsvoorwaarden alles over lezen.

### 2.3. Akkoordverklaring

#### Wel of geen akkoordverklaring

Voor veel hulpmiddelen kunt u voor aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie rechtstreeks bij een door ons gecontracteerde zorgverlener terecht. Deze zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking en welk hulpmiddel voor uw situatie is aangewezen. Als u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking, declareert hij het hulpmiddel rechtstreeks bij ons. Voldoet u niet aan de voorwaarden, dan kunt u ervoor kiezen zelf voor de zorg te betalen of alsnog zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Vermeld daar dan bij dat uw verzoek bij de zorgverlener is afgewezen.

In het onderstaande overzicht geven wij per hulpmiddel aan of u rechtstreeks bij de zorgverlener terecht kunt of dat u een akkoordverklaring bij ons moet aanvragen. Als u het hulpmiddel wilt aanschaffen bij een niet gecontracteerde zorgverlener, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen (zie ook art. 2.2 van dit reglement).

## VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2018

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Hulpmiddelen	€ 1.000,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage en/of van het bedrag dat uitkomt boven de max. vergoeding van de basisverzekering	D.4.1.
Alarmering bij epilepsie	100%	D.4.20.
Bril, lenzen en ooglaseren	€ 100,- per 2 jaar	D.4.7.a/b/c en D.1.4.
Hoofdbedekking	€ 75,- per jaar voor hoofdbedekking anders dan een pruik	D.4.4.b.
Persoonsalarmering	€ 200,- per jaar	D.4.16.a.
Plaswekker	100% bij koop; 4 maanden bij huur zolang u bij ons verzekerd bent	D.4.6.
Braces en bandages	€ 150,- per jaar	D.4.18.
Redressiehelm	100%	D.4.21.
Steunzolen en voetzorg hulpmiddelen	€ 150,- per jaar	D.4.8. en D.4.9.
Thuisbewakingsmonitor	12 maanden	D.4.10.
<b>Kuurbehandeling</b>		<b>D.9.</b>
Kuurbehandeling	€ 1.000,- per jaar	D.9.
<b>Mantelzorgcursus en mantelzorgvervangning</b>		<b>D.24.</b>
Mantelzorgcursus	€ 150,- zolang u bij ons verzekerd bent	D.24.1.
Mantelzorgvervangning	14 dagen per jaar	D.24.2.
<b>Medicijnen</b>		<b>D.3.</b>
Anticonceptie	€ 200,- per jaar vanaf 21 jaar en 100% van de wettelijke eigen bijdrage tot 21 jaar	D.3.5. en D.3.2.a.
Medicijnen wettelijke eigen bijdrage	€ 150,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage voor geneesmiddelen uit het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS)	D.3.2.b.
Medicijnen overige	€ 150,- per jaar voor medicijnen buiten het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS)	D.3.4.
<b>Medisch specialistische zorg</b>		<b>D.1.</b>
Borstprothese	100% voor vervanging	D.1.9.
Flapoorcorrectie	100%, eenmalig zolang u bij ons verzekerd bent	D.1.3.
Behandeling tegen snurken	100%	D.1.8.
Sterilisatie	€ 400,- (man) of € 1.250,- (vrouw)	D.1.1.
<b>Mondzorg</b>		<b>D.8.</b>
Mondzorg tot 18 jaar	€ 500,- per jaar voor kronen, bruggen en inlays (R-codes)	D.8.2.
Kunstgebit	€ 200,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage voor volledig boven- en/of ondergebit (P of J-codes) vanaf 18 jaar	D.8.3.b.
Mondzorg bij ongevallen	€ 10.000,- per ongeval	D.8.6.
Orthodontie	€ 1.750,- tot 18 jaar (80% per behandeling), zolang u bij ons verzekerd bent	D.8.1. en D.8.5.
<b>Preventie</b>		<b>D.2.</b>

---

## Besluit zorgverzekering

---

### 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:

(...)

- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;

(...)

### 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.

(...)

### Artikel 2.33

(...)

2. De eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een verzekerde van achttien jaar of ouder bedraagt vijftwintig procent van de aanschafkosten.

(...)