



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden

Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, categorie 6, plomptest

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.10 en 2.33 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201802094

Zittingsdatum : 18 november 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 15 juli 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 september 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 24 september 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 7 oktober 2019 respectievelijk 15 oktober 2019 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Op 4 november 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019047668) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 11 november 2019 aan partijen gestuurd. Daarbij zijn zij in de gelegenheid gesteld om op het advies van het Zorginstituut te reageren. Op 26 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is op 27 november 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.5. Op 27 november 2019 heeft de commissie het Zorginstituut een kopie van de reactie de ziektekostenverzekeraar van 26 november 2019 gestuurd met het verzoek mee te delen of dit stuk aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. Het Zorginstituut heeft op 16 december 2019 per brief gereageerd en heeft de commissie bij die gelegenheid geadviseerd nader onderzoek te (laten) doen. Bij dit onderzoek dient de vraag te worden beantwoord of een binnencategorie hoortoestel (categorie 4 of 5) in combinatie met soloapparatuur voor verzoeker volstaat.
- 2.6. Een kopie van het advies van het Zorginstituut is op 20 december 2019 aan partijen gezonden. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar hierbij gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut, uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 15 april 2020 per brief de uitkomst van het nader onderzoek meegedeeld. Een kopie van deze reactie is op 16 april 2020 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker is hierbij in de gelegenheid gesteld op het betreffende stuk te reageren. Op 29 april 2020 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.7. De reacties van 15 en 29 april 2020 zijn op 30 april 2020 aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een definitief advies uit te brengen. In reactie daarop heeft het Zorginstituut op 13 mei 2020 per brief een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 mei 2020 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren.

Op 20 mei 2020 heeft de zorgverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is op 25 mei 2020 aan verzoeker gestuurd, waarbij de commissie hem heeft gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Op 9 juni 2020 heeft verzoeker de commissie meegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost. Een kopie van deze reactie is op 12 juni 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Deze is daarbij gevraagd op hetgeen verzoeker stelt te reageren. Binnen de in de brief genoemde reactietermijn heeft de commissie van de ziektekostenverzekeraar geen (schriftelijke) reactie mogen ontvangen. Op 18 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar de vragen van de commissie alsnog telefonisch beantwoord. Op 22 oktober 2020 heeft de commissie per brief de inhoud van het op 18 augustus 2020 met de ziektekostenverzekeraar gevoerde telefoongesprek aan verzoeker bevestigd. In bedoelde brief heeft de commissie verzoeker gevraagd of hij nog prijs stelt op een bindend advies. Van verzoeker heeft de commissie hierop geen reactie mogen ontvangen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-TOP (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft al geruime tijd problemen met zijn gehoor. In 2012 was bij verzoeker sprake van een gehoorverlies van 38,3 dB op het rechteroor en 36,6 dB op het linker oor. Destijds werden daarvoor de Siemens Life 301 hoortoestellen aangeschaft. Deze hoortoestellen zijn inmiddels aan vervanging toe en verzocht is om vergoeding van de kosten van twee hoortoestellen van het type Selectic Luna R910.
- 3.3. Op 19 februari 2018 heeft de klinisch fysisch-audioloog een verklaring over verzoeker afgegeven.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 juni 2018 aan verzoeker meegedeeld dat de hoortoestellen van het type Select Luna R910 niet voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de zorgverzekering.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 oktober 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brieven van 30 april 2019 en 9 augustus 2019 heeft de behandelend klinisch fysisch-audioloog over verzoeker aanvullende verklaringen afgegeven.
- 3.7. Op 4 november 2019 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, toe te wijzen. Ter onderbouwing heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Gelet op de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en de informatie van de klinisch fysisch-audioloog, is het Zorginstituut van mening dat verzoeker voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat sprake is van een bijzondere zorgvraag en dat hij redelijkerwijs is aangewezen op de aangevraagde buitencategorie hoortoestellen."

- 3.8. Naar aanleiding van de reactie hierop van de ziektekostenverzekeraar van 26 november 2019 heeft het Zorginstituut de commissie op 16 december 2019 geadviseerd nader onderzoek te doen. Ter onderbouwing heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"In de genoemde werkomstandigheden van verzoeker zou dit inderdaad een adequate oplossing kunnen zijn. Of dit in geval van verzoeker daadwerkelijk een adequate en meest doelmatige oplossing is, zou nader moeten worden onderzocht. Het Zorginstituut kan op basis van het dossier

niet beoordelen of een binnencategorie hoortoestel (categorie 4 of 5) in combinatie met solo-apparatuur volstaat voor verzoeker.

(...)

Het Zorginstituut adviseert u om verweerder nader onderzoek te laten verrichten of een binnencategorie hoortoestel (categorie 4 of 5) in combinatie met soloapparatuur volstaat voor verzoeker. Vervolgens is doelmatigheid een onderwerp dat behoort tot de verantwoordelijkheid van verweerder."

- 3.9. Op 13 mei 2020 heeft het Zorginstituut, wederom voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Uit de voorliggende informatie blijkt dat de uitgeprobeerde binnencategorie hoortoestellen alleen voldoen in rustige omgevingen, en dat verzoeker dus nietuit komt met een hoortoestel uit de database. Gezien de specifieke werkzaamheden van verzoeker, met name het spreken op beurzen en het geven van lezingen, lijkt de combinatie van een binnencategorie hoortoestel en soloapparatuur evenmin te volstaan voor verzoeker. De gevraagde hoortoestellen maken het mogelijk zijn werk naar behoren te kunnen doen.

(...)

Het Zorginstituut merkt ten overvloede nog op dat in het kader van doelmatigheid de audicien daarnaast aangeeft dat een binnencategorie hoortoestel met soloapparatuur duurder is dan het buitencategorie hoortoestel. De table mics zijn namelijk erg kostbaar en gezien de werkzaamheden van verzoeker is het aannemelijk dat hij meer dan één extra microfoon nodig zou hebben.

(...)

Gelet op al het voorgaande adviseert het Zorginstituut u aan om het verzoek toe te wijzen."

- 3.10. Op 20 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie meegedeeld dat hij heeft besloten de kosten van twee hoortoestellen type Selectic Luna R910 aan verzoeker te vergoeden. Ook zal de ziektekostenverzekeraar het aan de commissie betaalde entreegeld vergoeden.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aanvankelijk aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de hoortoestellen van het type Selectic Luna R910 te vergoeden.

Op 9 juni 2020 heeft verzoeker zijn verzoek gewijzigd en heeft hij de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar het verplicht eigen risico en de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage niet bij hem in rekening mag brengen. Daarnaast heeft verzoeker een tegemoetkoming in de gemaakte kosten van de procedure gevorderd.

- 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 kan daarover bindend advies uitbrengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 4.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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


- 6.2. Verzoeker heeft de commissie aanvankelijk gevraagd te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van twee hoortoestellen type Selectic Luna R910 moet vergoeden. Hierbij heeft hij aangevoerd dat hij werkt als accountmanager in de buitendienst en hiervoor vaak aanwezig is op congressen en bij vergaderingen en netwerkbijeenkomsten. Deze vinden veelal plaats in gehorige ruimtes. Een goed hoortoestel is dan erg belangrijk. Verzoeker heeft twee hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie vijf uitgebreid getest in de praktijk. Volgens verzoeker voldoen deze toestellen niet aan de wensen, waardoor hij is aangewezen op hoortoestellen uit de buitencategorie. Om die reden heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de kosten van twee hoortoestellen van het type Selectic Luna R910.
- 6.3. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 13 mei 2020 de commissie geadviseerd het verzoek toe te wijzen. Dit omdat de door verzoeker uitgeprobeerde binnencategorie hoortoestellen alleen voldoen in een rustige omgeving, waardoor hij niet uitkomt met hoortoestellen uit de database. Gezien de specifieke werkzaamheden van verzoeker, met name het spreken op beurzen en het geven van lezingen, lijkt de door de ziektekostenverzekeraar gesuggereerde combinatie van binnencategorie hoortoestellen en soloapparatuur voor hem evenmin te volstaan. Ook heeft het Zorginstituut opgemerkt dat deze hooroplossing, vanwege de kostbare table mic's, per saldo duurder is dan de buitencategorie hoortoestellen, en daarom niet doelmatig is. In vervolg op dit advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar op 20 mei 2020 verklaard dat hij de kosten van de twee hoortoestellen van het type Selectic Luna R910 alsnog zal vergoeden.
- 6.4. Op 9 juni 2020 heeft verzoeker de commissie bericht dat hij van de ziektekostenverzekeraar nog geen vergoeding heeft ontvangen. Daarnaast verklaart verzoeker dat hij niet wil dat de vergoeding wordt verrekend met het verplicht eigen risico, dat hij geen eigen bedrage is verschuldigd, en dat hij van de ziektekostenverzekeraar een tegemoetkoming in de kosten van de procedure vordert. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar op 20 mei 2020 heeft verklaard de kosten van de hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering te zullen vergoeden. Voor zover de ziektekostenverzekeraar nog geen vergoeding aan verzoeker heeft verleend is hij gehouden dit alsnog te doen. Verder geldt dat op grond van artikel 3.7 van de voorwaarden van de zorgverzekering verzoeker over 2018 maximaal € 375,- aan wettelijk verplicht eigen risico is verschuldigd voor zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. De hoortoestellen vormen hierop geen uitzondering. Gesteld noch gebleken is dat het eigen risico reeds werd vol gemaakt. Daarnaast is in artikel 2.33, tweede lid, Rzv bepaald dat voor hoortoestellen 25% van de aanschafkosten voor eigen rekening blijft. Dit is overgenomen in artikel 2.6 van het Reglement Hulpmiddelen 2018 van de ziektekostenverzekeraar. Gelet op het voorgaande is het de ziektekostenverzekeraar dus toegestaan om enerzijds de vergoeding van de hoortoestellen te verrekenen met het eventueel nog openstaande deel van het eigen risico 2018 van verzoeker, en anderzijds bij verzoeker een eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten in rekening te brengen. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel op 18 augustus 2020 de commissie meegedeeld dat verzoeker de kosten van de hoortoestellen vergoed krijgt zonder verrekening van het eigen risico. Ook wordt geen eigen bijdrage bij verzoeker in rekening gebracht. De commissie zal in deze beslissing niet treden.
- 6.5. Verzoeker maakt tevens aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige procedure alsmede een compensatie voor het "voeren van een jarenlange strijd". Met betrekking hiertoe geldt dat de ziektekostenverzekeraar op 20 mei 2020 heeft verklaard het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden. Gelet op het feit dat hij uiteindelijk aan het oorspronkelijke verzoek tegemoet is gekomen, is dit volgens de commissie ook terecht. Tot een verdere tegemoetkoming in de kosten of een vorm van compensatie ziet de commissie evenwel geen aanleiding. Het toepasselijke reglement voorziet niet in vergoeding van immateriële schade en voor zover het materiële schade betreft heeft verzoeker zijn vordering ter zake niet onderbouwd of gesubstantieerd zodat deze reeds om die reden worden afgewezen.

 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie beslist dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van twee hoortoestellen type Selectic Luna R910 moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering, voor zover de ziektekostenverzekeraar deze niet reeds heeft vergoed,


 (ii) het de ziektekostenverzekeraar vrij staat de vergoeding van de hoortoestellen te verrekenen met het eventueel nog openstaande deel van het eigen risico 2018 van verzoeker, en bij verzoeker een eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten in rekening te brengen,

 (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden,

 (iv) het meer of anders door verzoeker gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 18 november 2020,

 G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

- 3.6.2 Als u een betalingsachterstand heeft van vier maanden, dan ontvangt u van ons zo spoedig mogelijk de mededeling dat wij voornemens zijn over te gaan tot melding bij het CAK, zoals bedoeld in artikel 18c van de Zvw. Zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt gaan wij de melding ook daadwerkelijk doen. Tenzij u binnen vier weken na mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte ervan te betwisten.
- 3.6.3 Wanneer wij ons standpunt na uw betwisting handhaven, kunt u binnen vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of een burgerlijk rechter voorleggen. Wanneer uw betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18.b.3 Zvw).
- 3.6.4 Als u een betalingsachterstand heeft van zes maanden of meer, dan melden wij u aan bij het CAK. Dit doen wij onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie en de voor de uitvoering van artikel 34a van de Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u als verzekeringnemer en van de eventuele verzekerden. Wij doen geen melding als u:
- de premieachterstand op tijd heeft betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt;
 - de in het artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn nog niet is verstreken;
 - op tijd een geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of een burgerlijk rechter, en op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten.
- 3.6.5 Wij stellen het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:
- de schulden voortvloeiend uit de zorgverzekering volledig zijn of zullen zijn voldaan of tenietgaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zvw (dit is een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden van de verzekeringnemer). Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u als verzekeringnemer en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan deze schuldregeling moet, naast u als verzekeringnemer minstens wij als zorgverzekeraar deelnemen.
- 3.6.6 Als wij een incassobureau inschakelen voor de incasso van onze vordering, dan komen alle kosten van invordering voor uw rekening. Zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten. Het bedrag van de buitengerechtelijke kosten is met ingang van 1 juli 2012 vastgesteld op een minimum bedrag van € 40,00. De buitenrechtelijke kosten bent u verschuldigd vanaf het moment waarop u in gebreke bent.
- 3.6.7 U heeft weer recht op (vergoeding van de kosten voor) zorg op de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de kosten hebben ontvangen.
- 3.7 **Verplicht eigen risico**
- 3.7.1 **Hoogte van het verplicht eigen risico**
- Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385,00 per kalenderjaar. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid en geldt per verzekerde.
- Het verplicht eigen risico houdt in dat u de kosten van verzekerde zorg tot dit bedrag zelf moet betalen. Het gaat hierbij om kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.

Voorbeeld

Denk hierbij bijvoorbeeld aan een opname in een ziekenhuis waarbij wij de kosten vergoeden van de opname. U ontvangt van ons vervolgens een rekening voor het betalen van uw verplicht eigen risico en eventueel vrijwillig eigen risico.

- 3.7.2 **Voor welke zorg geldt het verplicht eigen risico**
- Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:
- huisartsenzorg, let u hierbij op dat bijvoorbeeld geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Ditzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld bij bloedonderzoek) dat samenhangt met de huisartsenzorg. Wanneer dit laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd, dan geldt het verplicht

- eigen risico. De consultatiekosten in het kader van het project NEXT door een psychiater vallen wel buiten het eigen risico;
- de directe kosten van kraam- en verloskundige zorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg vallen wel onder het eigen risico. U kunt hierbij denken aan ambulancevervoer, geneesmiddelen en onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
 - gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening voor chronische aandoeningen, zogenaamde ketenzorg. Uitzondering hierop is buiten de ketenzorg;
 - anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar;
 - verpleging en verzorging (wijkverpleging) omschreven in Rubriek B artikel 21 en 27.1;
 - vervoer van een donor, indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten en de kosten ten laste van diens zorgverzekering komen. In dat geval vergoeden wij de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als er een medische noodzaak is voor vervoer met de auto, vergoeden wij de kosten van het vervoer per auto;
 - nacontroles van de donor nadat de periode omschreven in artikel 9 opsommingstekens 4, is verstreken;
 - de medicijncheck door een apotheker;
 - behandeling op basis van een diagnose knie- of heupoperatie in een door ons geselecteerd ziekenhuis. De lijst met ziekenhuizen die wij hebben geselecteerd vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

3.7.3 Vanaf wanneer gaat het verplicht eigen risico in

Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar? Dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend zoals omschreven in artikel 3.7.4.

3.7.4 Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de verzekering niet start of eindigt op 1 januari, i.v.m. het bereiken van de 18 jarige leeftijd of om een andere reden, dan berekenen wij het eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar zal lopen of heeft gelopen}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

De hoogte van het bedrag wordt afgerond in hele euro's.

Voorbeeld

De verzekering gaat in op 1 november van een kalenderjaar i.v.m. het bereiken van de 18 jarige leeftijd. Wij berekenen de hoogte dan tot 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar. Dit zijn 61 dagen. Een kalenderjaar telt 365 dagen (uitzondering schrikkeljaar). Het eigen risico is: € 385,00 x 61 gedeeld door 365 is € 64,34 en wordt afgerond op € 64,00.

3.7.5 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd in een zogeheten DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct? Dan worden deze kosten in mindering gebracht op het verplicht eigen risico van het kalenderjaar waarin de DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct is geopend.

3.7.6 Betaling van het verplicht eigen risico

Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande verplicht eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen 14 dagen.

Wij vergoeden uitsluitend de kosten die boven het bedrag uitkomen van het verplicht eigen risico en eventueel vrijwillig eigen risico. Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerde pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.8 Vrijwillig eigen risico

3.8.1 Wat is vrijwillig eigen risico

Als verzekeringnemer kunt u bij een zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico, mits de verzekerde 18 jaar of ouder is. U kunt dan kiezen uit een vrijwillig eigen risico van € 0,00; € 100,00; € 200,00; € 300,00; € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar. Het gekozen vrijwillig eigen risico staat op uw polisblad.

Bij het vrijwillig eigen risico moet u de kosten van zorg zelf betalen tot het gekozen bedrag. Dit bedrag komt dus nog bovenop het verplicht eigen risico uit artikel 3.7.1. Bij betaling van zorgkosten waarvoor een

Aanvullende voorwaarden voor zuigelingenvoeding:

- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer de “Verklaring dieetpreparaten van Zorg en Zekerheid” is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor de vergoeding van dieetpreparaten na 1 maand, moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben van Zorg en Zekerheid;
- voor de vergoeding van zuigelingenvoeding na 1 maand, moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben van Zorg en Zekerheid.

Artikel 20 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak of vergoeding wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via zorgenzekerheid.nl/brochures. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verstrekking van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- het hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid;
- aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;
- het hulpmiddel moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts;
- voor verbandmiddelen moet samen met de eerste nota een medische noodzakelijkheidverklaring van de huisarts of medisch specialist worden ingediend.

Waar heb ik geen recht op?

- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een Wlz instelling waar hij verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij aflevering van hulpmiddelen en verbandmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats van 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden:

- vervoer per ambulance, hiervan is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance;
- zittend ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of (eigen) auto.

21.2 Ambulancevervoer

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid schriftelijke toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ziekenvervoer:

- a. naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;

- b. Voor de verzekerden met een Zorg Vrij Polis kan Zorg en Zekerheid in afwijking van artikel 1.3 van de polisvoorwaarden, bepalen dat een hulpmiddel in bruikleen wordt verstrekt en kan daarbij voorwaarden stellen aan de kwaliteit van de leverancier en het hulpmiddel. In Bijlage 1 staat vermeld welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt. Het hulpmiddel wordt bij voorkeur verstrekt via een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde leverancier. Een lijst met gecontracteerde leveranciers is in te zien via zorgzekerheid.nl/zorgzoeker.
- c. Indien de verzekerde met een Zorg Zeker Polis of een Zorg Gemak Polis een door Zorg en Zekerheid in Bijlage 1 aangewezen hulpmiddel huurt, in bruikleen neemt of in eigendom betreft van een niet-gecontracteerde leverancier, bedraagt de maximale vergoeding 75% in de Zorg Gemak Polis en 80% in de Zorg Zeker Polis van de in de markt gebruikelijke kosten per vergelijkbare verstrekking. Wordt het hulpmiddel in eigendom verstrekt, dan is het eigen risico van toepassing.
- 2.5 a. De verzekerde heeft in beginsel aanspraak op een te allen tijde adequaat functionerend hulpmiddel.
- b. De aanspraak op functionerende hulpmiddelen als bedoeld in lid a., omvat:
- het gebruiksklaar afleveren van een hulpmiddel, met inbegrip van de bij de eerste aanschaf behorende batterijen of oplaadapparatuur en gebruikersinstructie;
 - de toebehoren die noodzakelijk zijn voor het functioneren van het hulpmiddel;
 - de noodzakelijke wijziging, herstel of vervanging van een hulpmiddel;
 - de vergoeding/verstrekking van een reservemiddel indien redelijkerwijs aangewezen, zodat de verzekerde, gezien zijn omstandigheden, voortdurend de beschikking heeft over een gepast of geschikt hulpmiddel;
 - een verzoek tot vervanging dient door of namens de verzekerde te worden gemotiveerd, waarbij de leverancier in geval van een beschadiging de aard en oorzaak van de beschadiging toelicht;
 - de verzekerde heeft geen recht op vervanging van een hulpmiddel wanneer de verzekerde nog in het bezit is van een adequaat functionerend hulpmiddel. Dit geldt in het algemeen ook wanneer een eventuele gebruikstermijn is verstreken.
- c. Om in aanmerking te komen voor een reservemiddel is de verzekerde verplicht om daarbij alle noodzakelijke gegevens te overleggen om het verzoek te kunnen beoordelen waaronder tenminste het voorschrift van de voorschrijver zoals vermeld in Bijlage 1, de medische onderbouwing zoals bedoeld in artikel 3.5 en de benodigde productinformatie zoals bedoeld in artikel 3.6.
- d. De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen, onverminderd de aanspraak op het gebruiksklaar afleveren van een hulpmiddel als bedoeld in het lid b, onder punt 1;
- e. Indien de verzekerde een hulpmiddel zelf koopt, huurt of in bruikleen neemt, moet de kwaliteit daarvan voldoen aan geldende internationale kwaliteitsstandaarden of daarmee te vergelijken kwaliteitsstandaarden uit een ander land. Indien men een hulpmiddel aanschafft die hier niet aan voldoet, komt het hulpmiddel niet voor vergoeding in aanmerking.
- 2.6 Eigen bijdragen (art. 2.33 van de Regeling):
- a. Indien de aanschafkosten van hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van het haar hoger zijn dan € 431,00 bedraagt de eigen bijdrage het verschil tussen de aanschafkosten en dat bedrag;
- b. De eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een verzekerde van achttien jaar of ouder bedraagt 25% van de aanschafkosten;
- c. De eigen bijdrage voor orthopedische en allergeenvrije schoenen bedraagt:
- € 138,00 per paar, indien de verzekerde zestien jaar of ouder is;
 - € 69,00 per paar, indien de verzekerde jonger is dan zestien jaar.
- d. De eigen bijdrage voor lenzen en brillenglazen bedraagt:
- € 57,50 per lens, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
 - € 115,00 per kalenderjaar, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd bedraagt de eigen bijdrage € 57,50 per kalenderjaar;
 - € 57,50 per brillenglas, met een maximum van € 115,00 per kalenderjaar.

Artikel 3 Toestemming

- 3.1 De verzekerde heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig in verband met beoordeling van de aanspraak voor verstrekking, vervanging, correctie of reparatie van een hulpmiddel, zoals vermeld in Bijlage 1.
- 3.2 Als uitzondering op artikel 3.1 is altijd toestemming vereist indien:
- verzekerde naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat;
 - verzekerde voor verblijf buiten Europa extra of meer materialen nodig heeft dan de leverancier conform overeenkomst mag leveren voor het woonadres in Nederland;
 - verzekerde voor verblijf buiten Europa extra materialen nodig heeft ten opzichte van het reguliere gebruik;
 - bij gebruik langer dan 6 maanden en er sprake is van langdurig verblijf in het buitenland (langer dan 3 maanden) en er sprake is van een chronische indicatie;
 - een hulpmiddel niet is opgenomen in het hulpmiddelen overzicht in Bijlage 1 van dit Reglement;
 - verzekerde een hulpmiddel dat voorwaardelijk is toegelaten tot de Regeling hulpmiddelen conform het Besluit zorgverzekering wil afnemen bij een hulpmiddelenleverancier;

Omschrijving medisch hulpmiddel	Artikel volgens Regeling zorgverzekering	Specifieke bepaling voor hulpmiddelensoort
Haarwerken	2.6.a; 2.8 a lid 4	<p>Er bestaat géén aanspraak op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een haarwerk als gevolg van een natuurlijke klassieke mannelijke kaalheid; - onderhoud van een haarwerk, zoals bijvoorbeeld wassen en opmaken van een haarwerk.
Hoortoestel	2.6.c; 2.10	<p>Hoortoestellen worden vergoed indien die dienen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie en voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met tenminste een verlies van 35dB of ernstig oorsuizen.</p> <p>Een indicatie voor een hoortoestel dient te zijn vastgelegd in het voorschrift dat een medisch specialist of audiologisch centrum verstrekt, tenzij andere contractuele afspraken zijn gemaakt met Zorg en Zekerheid. Het hoortoestel dient ter hand gesteld te worden door een geregistreerd audicien of onder verantwoordelijkheid van een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde leverancier. Voor vergoeding voor een hoortoestel moet tevens worden voldaan aan de voorwaarden volgens het ZN Keuzeprotocol hoorzorg.</p> <p>Bij het ontbreken van een indicatie en/of een voorschrift, bestaat er géén aanspraak op vergoeding.</p> <p>Hoortoestellen die niet in de landelijke ZN hoortoestellen database voorkomen, komen niet voor vergoeding in aanmerking.</p> <p>Aanvullende productkenmerken of eigenschappen van een hoortoestel ten behoeve van comfort, zijn voor eigen rekening van de verzekerde, zoals bluetooth connecties zonder medische noodzaak.</p>

Medisch Hulpmiddel	Regeling Zorgverzekeringswet	Omschreven in Regeling Zorgverzekeringswet artikel	Specifieke voorwaarden art. 7 van het Reglement Hulpmiddelen	Voorschrijver
Hoortoestel	2.6.c	2.10	Ja	Eerste keer KNO-arts/ Voorschrijver verbonden aan Audiologisch Centrum/ Huisarts bij ouderdomsgehoorverlies
Hulp- en aanzetstukken voor armprothese	2.6.a	2.8		Medisch specialist
In- en uitvoerapparatuur voor bediening van computers	2.6.e	2.12		Behandelend arts
Incontinentie-/absorptiemateriaal	2.6.d	2.11	Ja	Behandelend arts/ Verpleegkundig specialist
Infuuspompe inclusief toebehoren	2.6.p	2.22	Ja	Behandelend arts
Infuusstandaarden	2.6.j	2.17 i		Behandelend arts
Injectiepunten en injectiepenen (exclusief voor diabetes)	2.6.l	2.19		Behandelend arts
Insulinepomp	2.6.o			Medisch specialist of diabetes-verpleegkundige
Kapbrillen	2.6.f	2.13		Oogarts
Katheters i.c.m. stomamiddelen of incontinentiemateriaal afvoerend	2.6.d	2.11		Behandelend arts
Lenzen op medische indicatie	2.6.f	2.13		Oogarts
Longvibrators	2.6.b	2.9		Behandelend arts
Loopfietsen	2.6.e	2.12		Behandelend arts
Loopwagens (niet zijnde rollator)	2.6.e	2.12		Behandelend arts
Lymfapressapparaat	2.6.m			Medisch specialist
Mammaprothesen (o.a. borstprothese)	2.6.a	2.8	Ja	Medisch specialist of Mammaverpleegkundige
Mandibulair repositie apparaat (mira)	2.6.b	2.9	Ja	Medisch specialist
Memorecorder	2.6.f	2.13		Behandelend arts
Omgevingsbesturing	2.6.e	2.12		Behandelend arts
Onderleggers (bedbeschermerende -)	2.6.j	2.17 h	Ja	Behandelend arts
Ondersteek (lulteen)	2.6.j	2.17 g	Ja	Behandelend arts
Oogprothesen	2.6.a	2.8	-Nee	Medisch specialist
Oorstukjes behorend bij een toestel geleverd na 1 januari 2013	2.6.c	2.10		KNO-arts/ bevoegd voorschrijver verbonden aan Audiologisch Centrum
Oplaadrichting en batterijen	2.6.a	2.8		Medisch specialist
Orthesen (o.a. corset, spalk- en redressieapparatuur)	2.6.e	2.12	Ja	Behandelend arts
Orthopedische binnenschoen	2.6.a	2.8		Medisch specialist
Orthopedisch schoeisel	2.6.e	2.12	Ja	Medisch specialist
Orthopedische voorziening confectieschoenen (OVAC)	2.6.e	2.12	Ja	Medisch specialist

Voorschrijver	Eerste keer	Herhaling	Minimale Gebruikstermijn	Hulpmiddel in bruikleen bij gecontracteerde leveranciers**
Nee	Nee	Nee	5 jr.	Nee
Nee	Nee	Nee	3 jr.	Nee
Nee	Ja	Ja	5 jr.	Nee
Nee	Nee	Nee	nvt	Nee
Nee	Nee	Nee	nvt	Ja
Nee	Nee	Nee	nvt	Ja
Nee	Nee	Nee	nvt	Nee
Nee	Nee	Nee	4 jr.	Ja
Nee	Ja	Ja	nvt	Nee
Nee	Nee	Nee	nvt	Nee
Nee	Nee	Nee	nvt	Nee
Behandelend arts	Ja	Ja	nvt	Nee
Nee	Ja	Ja	5 jr.	Nee
Nee	Ja	Ja	7 jr.	Nee
Medisch specialist	Ja	Ja	nvt	Nee
Nee	Nee	Nee	1 jr.	Nee
Nee	Nee	Nee	5 jr.	Nee
Nee	Ja	Nee	5 jr.	Nee
Nee	Ja	Ja	nvt	Nee
Nee	Nee	Nee	nvt	Nee
Nee	Nee	Nee	nvt	Ja
Nee	Nee	Nee	nvt	Nee
Nee	Nee	Nee	5 jr.	Nee
Nee	Nee	Nee	3 jr.	Nee
Nee	Nee	Nee	2 jr.	Nee
Nee	Nee	Nee	15 mnd	Nee
Nee	Nee	Nee	15 mnd	Nee
Nee	Nee	Nee	2 per jr.	Nee

Regeling zorgverzekering

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.

Artikel 2.33

1. Indien de aanschaffingskosten van hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van haar hoger zijn dan € 431,00 bedraagt de eigen bijdrage het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.
2. De eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een verzekerde van achttien jaar of ouder bedraagt vijftientig procent van de aanschaffkosten.
3. De eigen bijdrage voor orthopedische en allergeenvrij schoenen bedraagt:
 - a. € 138,00 per paar, indien de verzekerde zestien jaar of ouder is;
 - b. € 69,00 per paar, indien de verzekerde jonger is dan zestien jaar.
4. De eigen bijdrage voor lenzen en brillenglazen bedraagt:
 - a. € 57,50 per lens, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
 - b. € 115 per kalenderjaar, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd bedraagt de eigen bijdrage € 57,50 per kalenderjaar;
 - c. € 57,50 per brillenglas, met een maximum van € 115 per kalenderjaar.

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.