



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Hulpmiddelenzorg, cros-systeem, hoortoestel, buitencategorie, oplaadbare batterijen

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

Zaaknummer : 202001631

Zittingsdatum : 31 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 8 oktober 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
 - 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 14 januari 2021 aan verzoeker gezonden.
 - 2.3. Op 9 februari 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021001843) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 maart 2021, gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting, aan partijen gestuurd. Op 15 maart 2021 heeft verzoeker per e-mail op dit advies gereageerd. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.
 - 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 maart 2021 gehoord.
 - 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de reactie van verzoeker van 15 maart 2021 zijn op 7 april 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in te gaan op de vraag of het cros-toestel onlosmakelijk met het hoortoestel is verbonden. In reactie daarop heeft het Zorginstituut op 16 april 2021 per brief een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 april 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 29 april 2021 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van de betreffende reacties zijn naar de respectievelijke wederpartij gestuurd.
3. Vaststaande feiten
- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend*** en Extra aanvullend KBO-PCOB (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
 - 3.2. Verzoeker is sinds ongeveer vijf jaar aan één oor doof. Sindsdien is hij daardoor aangewezen op een dubbel gehoorsysteem: in het 'goede' oor een klassiek hoortoestel en in het dove oor een cros-apparaat. Omdat het oude cros-systeem aan vervanging toe was, heeft verzoeker bij een audicien een offerte laten opstellen voor een cros-systeem met oplaadbare batterijen. Dit laatste omdat hij hier de voorkeur aan geeft.

- 3.3. Na ontvangst van de offerte heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van het betreffende cros-systeem te vergoeden. Op 18 december 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 4 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Op 9 februari 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Een cros systeem is bedoeld om bij eenzijdige doofheid geluiden aan de kant van het dove oor toch waarneembaar te maken. Hierbij draagt de gebruiker een hoortoestel in het horende oor en een cros toestel in het dove oor, vanwaar het geluid (draadloos) naar het hoortoestel aan het goede oor wordt geleid ('contralateral routing of signals').

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat de indicatie voor een cros systeem niet in geschil is.

Verzoeker heeft de voorkeur voor een oplaadbaar cros systeem. Het aangevraagde hoortoestel is niet opgenomen in de database. Verzoeker geeft aan dat het aangevraagde systeem meer gebruiksgemak geeft en voordelen heeft voor het milieu. Uit de informatie van de audiciens blijkt dat er (in ieder geval ten tijde van de aanvraag) binnen de database nog geen oplaadbaar cros systeem beschikbaar is.

Uit de informatie van de audiciens is niet op te maken dat er sprake zou zijn van een bijzonder[e] individuele zorgvraag. Verzoeker geeft weliswaar aan dat hij met de (ten tijde van de aanvraag gebruikte) toestellen niet fatsoenlijk kon deelnemen aan gesprekken, maar volgens de audiciens is het gehoor prima revalideerbaar met een cros systeem en was verwijzing naar een audiologisch centrum niet aangewezen.

Uit de voorliggende gegevens moet dan ook geconcludeerd worden dat vergoeding van een buitencategorie hoortoestel vanuit de basisverzekering niet aangewezen is."

- 3.6. Op 16 april 2021 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"De SKGZ vraagt het Zorginstituut in te gaan op de vraag of er ook 'losse' crosstoestellen in de database zijn opgenomen en het mogelijk is om te schuiven of dat hoortoestellen en crosstoestellen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Het Zorginstituut kan die vraag niet beantwoorden omdat het Zorginstituut geen toegang heeft tot de database.

Uit de voorliggende informatie is op te maken dat een oplaadbaar systeem gewenst is vanuit onder meer het oogpunt van het milieu. Vanuit dit oogpunt kan het Zorginstituut de meerwaarde van een oplaadbaar systeem volledig onderschrijven. Echter is niet gebleken dat sprake is van een bijzondere zorgvraag, c.q. een medische noodzaak, op grond waarvan verstrekking van een hoortoestel van buiten de database aangewezen zou zijn."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
(i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van het door hem aangeschafte cros-systeem alsnog volledig moet vergoeden;

(ii) of - als volledige vergoeding niet mogelijk is - dat hij aanspraak heeft op een vergoeding ter hoogte van de kosten van twee hoortoestellen uit de database;
(iii) of - als ook dit niet mogelijk is - dat hij aanspraak heeft op een door de commissie te bepalen vergoeding.

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 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Uit de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat voornoemd artikel ook van toepassing is op deze verzekering.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

6.2. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, maakt de ziektekostenverzekeraar gebruik van het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Dit protocol kent een indeling in vijf categorieën. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv. Hierin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande vastgelegd in artikel 2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2019'. In dit reglement is opgenomen dat op basis van het 'landelijke Hoorzorgprotocol' wordt bepaald op welk type hoortoestel de verzekerde recht heeft. Gedoeld wordt hier op het reeds genoemde ZN keuzeprotocol Hoorzorg. In dit protocol is onder meer bepaald dat de zorgvraag van betrokkene moet worden ondergebracht in één van de vijf categorieën. Lukt dit niet, dan kan sprake zijn van een bijzondere individuele zorgvraag. In dat geval volgt verwijzing naar een audiologisch centrum en moet objectief worden aangetoond, met aanvullende testen en bijkomende gegevens, dat het niet mogelijk is de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing.

6.3. Verzoeker maakt gebruik van een cros-systeem, dat bestaat uit een hoortoestel en een cros-toestel. Niet duidelijk is voor welke categorie hoortoestellen verzoeker is geïndiceerd. Het door hem aangeschafte toestel van het type Phonak Audeo B90 valt niet onder het protocol. Vóór de aanschaf van dit hoortoestel heeft verzoeker bovendien geen andere hoortoestellen geprobeerd. Er heeft geen verwijzing naar een audiologisch centrum plaatsgevonden.
Als reden voor zijn keuze heeft verzoeker gegeven dat hij graag een hoortoestel wil met oplaadbare batterijen. Dit omdat hij de set batterijen ongeveer om de dag moet vervangen, hetgeen betekent dat verzoeker op jaarbasis 360 batterijen moet weggooiden. Naast het feit dat dit slecht is voor het milieu, kost het vervangen hem onnodig veel tijd en is dit kostbaar. Daarbij geldt dat het aangeschafte cros-systeem ten opzichte van de vorige set dusdanig in techniek is verbeterd dat dit veel beter in staat is om geluid binnen grote publieksruimten (recepties, restaurants etc.) te verwerken. Aangezien de audicien van verzoeker geen oplaadbaar cros-systeem kon leveren, is gekozen voor een cros-systeem met een hoortoestel uit de buitencategorie.

- 6.4. De commissie overweegt dat op een hoortoestel uit de buitencategorie pas aanspraak bestaat als op *zorginhoudelijke* gronden niet kan worden volstaan met een hoortoestel uit één van de vijf categorieën van het ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Weliswaar blijkt uit de informatie van de audicien dat ten tijde van de aanvraag binnen de database nog geen oplaadbaar cros-systeem beschikbaar was, maar uit de overgelegde stukken valt niet op te maken waarom verzoeker op zorginhoudelijke gronden is aangewezen op het door hem aangeschafte oplaadbare systeem. Denkbaar is dat dit laatste aan de orde is indien een verzekerde door een lichamelijke beperking zelf niet in staat is de batterijen van het hoortoestel te vervangen, waardoor betrokkene - tijdelijk - niet de beschikking heeft over een adequaat functionerend (hoor)hulpmiddel. Dit speelt bij verzoeker evenwel niet. Uit de verklaring van de audicien blijkt wel dat verzoeker de procedure als voorgeschreven in het keuzeprotocol Hoorzorg niet heeft doorlopen. Zo heeft verzoeker vóór de aanschaf van het oplaadbare hoortoestel geen andere hoortoestellen geprobeerd. Ook heeft geen verwijzing naar een audiologisch centrum plaatsgevonden.
- De door verzoeker aangevoerde problemen met het "fatsoenlijk deelnemen aan gesprekken" zijn niet dusdanig ernstig dat hij is aangewezen op een hoortoestel uit de buitencategorie. Dit wordt bevestigd door de verklaring van de audicien die stelt dat het gehoor prima revalideerbaar is met een cros-systeem, zodat verwijzing naar een audiologisch centrum niet was aangewezen. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op de door hem aanschafte hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor het gevraagde zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.

Redelijkheid en billijkheid

- 6.6. Verzoeker heeft zich erop beroepen dat onverkorte toepassing van de verzekeringsvoorwaarden in zijn geval leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. In dat verband heeft hij verwezen naar het gebruiksgemak, de voor zijn rekening blijvende kosten en het milieuaspect.
- De commissie overweegt dienaangaande dat deze argumenten niet kunnen overtuigen. Zoals hiervoor is toegelicht, moet de beoordeling van de doelmatigheid plaatsvinden op basis van zorginhoudelijke gronden. Geconcludeerd is reeds dat in de situatie van verzoeker de procedure van het keuzeprotocol Hoorzorg niet werd gevolgd, terwijl daarnaast als vaststaand moet worden aangenomen dat hij niet op zorginhoudelijke gronden was aangewezen op de door hem aangeschafte oplaadbare variant van het cros- systeem. Daarmee is de hogere prijs van dit systeem niet te rechtvaardigen.
- Het gebruiksgemak geeft geen aanleiding hiervan af te wijken, hoewel de wens van verzoeker op dit punt invoelbaar is en daarnaast te voorzien is dat op termijn meer oplaadbare toestellen en systemen op de markt zullen komen, en deze ook vaker zullen worden opgenomen in de categorieën 1 tot en met 5. Dit was echter in 2019 nog niet de situatie. Ook het argument van de hogere kosten kan niet overtuigen. Door de wetgever is bepaald dat de kosten van normaal gebruik van een hulpmiddel - waaronder de kosten van batterijen voor een hoortoestel - voor rekening van de verzekerde komen. Niet valt in te zien waarom, nu er een mogelijkheid bestaat tot besparing van batterijkosten door gebruik van een oplaadbaar systeem, het onaanvaardbaar is dat dit verzoeker wordt geweigerd.
- Gelet op het door verzoeker gestelde milieuaspect valt de (meer)waarde van een oplaadbaar systeem te onderschrijven, maar de beoordeling in het kader van de zorgverzekering dient plaats te vinden op zorginhoudelijke gronden. Zou dit anders zijn, dan zou iedere verzekerde voor zich een afweging kunnen maken, op basis van eigen overwegingen, daarmee de beoordeling van de doelmatigheid door de zorgverzekeraar frustrerend, een beoordeling die door de wetgever nadrukkelijk bij de zorgverzekeraars is gelegd.

De door verzoeker aangevoerde argumenten vormen noch afzonderlijk noch in combinatie aanleiding om te concluderen dat toepassing van de verzekeringsvoorwaarden in zijn situatie leiden tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

Verzoek om substitutie

- 6.7. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij wellicht geen aanspraak heeft op volledige vergoeding, maar dan in ieder geval op een gedeeltelijke vergoeding. Deze zou er in de eerste plaats uit moeten bestaan dat door de ziektekostenverzekeraar een bedrag wordt vergoed als waren aan hem twee hoortoestellen uit de database geleverd. Aangezien dit laatste feitelijk niet is gebeurd, is in dat geval sprake van substitutie van zorg, in die zin dat hulpmiddelen worden vergoed die niet zijn afgenomen. De zorgverzekering kent niet de mogelijkheid van substitutie, zodat dit argument van verzoeker niet kan leiden tot vergoeding van althans een deel van de kosten. Een en ander laat zich aldus samenvatten dat voor het cros-systeem dat verzoeker heeft afgenomen geen indicatie bestaat (in de vorm van een bijzondere individuele zorgvraag), en dat voor het geïndiceerde cros-systeem dat hij had kunnen afnemen door hem geen kosten zijn gemaakt, zodat ook geen aanspraak kan worden gemaakt op - gedeeltelijke - vergoeding op basis hiervan.

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 mei 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Algemene voorwaarden basisverzekeringen

1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- e het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2018-09-07#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Sub-paragraaf1.1_Artikel2.2.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het invoeren van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a een gewapend conflict;
- b een burgeroorlog;
- c een opstand;
- d binnenlandse onlusten;
- e oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, grieprik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- a keuringen;
- b grieprikken;
- c behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- d behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- e behandelingen met sterilisatie als doel;
- f behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- g behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- h het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.



Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen van cosmetische aard.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar



Hulpmiddelen

12 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen, of de kosten van de eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen. Hieronder leest u om welke hulpmiddelen het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

12.1 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor pruiken.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een pruik vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

12.2 Hoofdbedekking of toupim bij een medische behandeling of alopecia (haarverlies)

Wij vergoeden de kosten van hoofdbedekking of een toupim (pruik aan een haarband) bij verzekerden met alopecia (haarverlies) of (tijdelijk) haarverlies door chemotherapie of een andere medische behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

Een huisarts of medisch specialist moet u een verklaring hebben gegeven. Uit deze verklaring moet blijken dat sprake is van de medische indicatie alopecia (haarverlies) of (tijdelijk) haarverlies in verband met chemotherapie of een andere medische behandeling.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

- Wij vergoeden op grond van dit artikel niet de kosten van de aanschaf van een pruik met uitzondering van de toupim.
- Wij vergoeden niet de kosten van een hoofdbedekking of een toupim voor verzekerden met alopecia androgenetica (klassieke mannelijke kaalheid).

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

12.3 Persoonlijke alarmeringsapparatuur op medische indicatie

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van persoonlijke alarmeringsapparatuur.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet recht hebben op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').
- Bij een niet-gecontracteerde leverancier moet u van ons vooraf toestemming hebben gekregen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Hebben wij uw leverancier niet gecontracteerd? Dan vergoeden wij een deel van de abonnementskosten.

U kunt rechtstreeks contact opnemen met de gecontracteerde leverancier. Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100% bij een door ons gecontracteerde leverancier of bij een niet-gecontracteerde leverancier maximaal € 60,- per kalenderjaar
4 sterren	100% bij een door ons gecontracteerde leverancier of bij een niet-gecontracteerde leverancier maximaal € 60,- per kalenderjaar



12.4 Plakstrips mammaprothese

Draagt u na borstamputatie een uitwendige mammaprothese? Dan vergoeden wij de kosten van plakstrips om deze prothese mee te bevestigen.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

12.5 Kunsttepel of mamillaprothese (maatwerktepelprothese)

Wij vergoeden de kosten van een zelfklevende tepel die door vrouwen gebruikt kan worden op een borst- of een deelprothese. Dit is ook bedoeld voor vrouwen met een borstreconstructie, die wachten op een permanente tepelreconstructie.

Wij vergoeden een mamillaprothese (maatwerktepelprothese) als deze prothese niet onder de vergoedingsregeling van de basisverzekering valt.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

12.6 Plaswekker

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswekker. Ook vergoeden wij het bijbehorende broekje.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
3 sterren	maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
4 sterren	maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

12.7 Trans-therapie

Wij vergoeden de kosten van huur van de apparatuur voor Trans-therapie, als u deze apparatuur gebruikt voor de behandeling van incontinentie.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodempysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De apparatuur moet worden geleverd door een leverancier die wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een leverancier die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100%
4 sterren	100%

12.8 Handspalk

Wij vergoeden de kosten van een handspalk wanneer deze nodig is voor fysiotherapeutische nazorg bij specialistische handproblematiek.

Voorwaarde voor vergoeding

De handspalk moet zijn geleverd door een handtherapeut, die het certificaat handtherapeut (CHT-NL) bezit. U vindt de CHT-NL gecertificeerde handtherapeuten via de website www.handtherapie.com/zoek-uw-handtherapeut.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 40,- per persoon per kalenderjaar voor een vinger- of kleine duimspalk maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar voor een pols-, hand- of grote duimspalk maximaal € 90,- per persoon per kalenderjaar voor een dynamische of statische spalk
4 sterren	maximaal € 40,- per persoon per kalenderjaar voor een vinger- of kleine duimspalk maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar voor een pols-, hand- of grote duimspalk maximaal € 90,- per persoon per kalenderjaar voor een dynamische of statische spalk



Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

Artikel 2.10

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

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

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

4.3.7 Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie

Blindengeleidehond met inachtneming van het feit dat u voor een blindengeleidehond recht heeft op een tegemoetkoming in de gebruikskosten van € 326,- per kwartaal, blindentaststok

Het specifieke hulpmiddel moet gerelateerd zijn aan de visuele stoornis.

Bruikleen of eigendom?	In bruikleen: blindengeleidehond	In eigendom: blindentaststok
Toestemming nodig?	Ja, voor een blindengeleidehond moet u vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen	Nee, voor een blindentaststok kunt u direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig
Voorschrijver	Behandelend arts of een Regionaal Centrum voor Slechthoorders Voor een hond is een voorschrift noodzakelijk van de behandelend medisch specialist of een Regionaal Centrum voor Blinden en Slechthoorders	
Gebruikstermijn	<ul style="list-style-type: none"> • Minimaal 6 jaar voor een hond • Minimaal 3 jaar voor een blindentaststok 	
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die de hulpmiddelen geleverd heeft	
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	Ja, u bent eigen risico verschuldigd voor de hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt en voor de gebruikskosten van de blindengeleidehond	

4.4 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Hieronder vallen:

- uitwendige hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste het verlies van 35dB gemeten op 1000, 2000 en 4000 Hz of ernstig oorsuizen;
- hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, als de hulpmiddelen onder a hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel als deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen onder a;
- signaalhonden.

Een indicatie voor de hulpmiddelen onder a en b is eveneens aanwezig als er sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

Onder deze zorg valt niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen, want deze vallen onder de medisch-specialistische zorg.

Artikel regeling: 2.6 sub c verder uitgewerkt in 2.10

Let op: De hulpmiddelenzorg uit dit artikel is functiegericht omschreven.

Onder deze aanspraak vallen (onder andere) de volgende hulpmiddelen:

4.4.1 Hoortoestellen, afstandsbediening en oorstukjes

Bruikleen of eigendom?	In bruikleen: hoortoestellen	In eigendom: oorstukjes
Toestemming nodig?	Ja. Voor vervanging van het hoortoestel binnen 5 jaar moet u vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen	Nee. <ul style="list-style-type: none"> • Verzekerden tot 18 jaar kunnen zich wenden tot een gecontracteerd audiologisch centrum. Hiervoor is een verwijzing van de behandelend arts nodig • Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar een gecontracteerde audicien

Voorschrijver	<ul style="list-style-type: none"> • Verzekerden tot 18 jaar kunnen zich wenden tot een audiologisch centrum. Hiervoor is een verwijzing van de behandelend arts of een StAr geregistreerde audicien nodig • Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar de StAr geregistreerde audicien. Deze werkt met de meest recente versie van het landelijk Hoorzorgprotocol en levert toestellen die zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database.
Gebruikstermijn	<ul style="list-style-type: none"> • Voor hoortoestellen minimaal 5 jaar • Voor oorstukjes, welke geleverd zijn voor 1 januari 2013, minimaal 30 maanden • Voor oorstukjes, welke geleverd zijn na 1 januari 2013 geldt dat de gebruikstermijn door de audicien wordt bepaald
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	<ul style="list-style-type: none"> • U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft • Kosten voor normaal gebruik, zoals onderhoud en vervanging van batterijen, zijn voor uw eigen rekening
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	<p>Ja, voor verzekerden van 18 jaar en ouder is een wettelijke eigen bijdrage van toepassing. Dat wil zeggen dat u 25% van het aanschafbedrag dat wij met de audicien hebben afgesproken, zelf moet betalen. De resterende 75% van het aanschafbedrag betalen wij.</p> <p>U bent daarnaast eigen risico verschuldigd voor oorstukjes, dit geldt niet voor hoortoestellen.</p> <p>Kiest u een hoortoestel uit een andere categorie (waaronder een buitencategorie toestel) dan waarop u medisch gezien bent aangewezen en dat is vastgesteld aan de hand van het landelijke Hoorzorgprotocol? Dan vergoeden wij dit niet.</p> <p>Let op! Wij vergoeden in dit geval ook niet het bedrag voor het toestel uit de juiste categorie. U kunt dus niet bijbetalen voor een toestel uit een andere categorie dan waarvoor u bent geïndiceerd.</p>

4.4.2 Cros / Bi-cros hoortoestellen

Bruikleen of eigendom?	In bruikleen	
Toestemming nodig?	<p>Ja. Bij een gehoorverlies van 35 dB tot en met 69 dB moet u vooraf de aanvraag met motivatie van de voorschrijver bij ons indienen. Voor vervanging binnen 5 jaar moet u vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen</p>	<p>Nee. Bij een gehoorverlies van 70dB of meer kunt u direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier</p>
Voorschrijver	KNO-arts of audiologisch centrum	
Gebruikstermijn	Minimaal 5 jaar	
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft	
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	<p>Ja, voor verzekerden van 18 jaar en ouder is er een wettelijke eigen bijdrage van toepassing. Dat wil zeggen dat u 25% van het aanschafbedrag dat wij met de audicien hebben afgesproken, zelf moet betalen. De resterende 75% van het aanschafbedrag betalen wij.</p> <p>U bent daarnaast geen eigen risico verschuldigd.</p> <p>Kiest u een hoortoestel uit een andere categorie (waaronder een buitencategorie toestel) dan waarop u medisch gezien bent aangewezen en dat is vastgesteld aan de hand van het landelijke Hoorzorgprotocol? Dan vergoeden wij dit niet.</p> <p>Let op! Wij vergoeden in dit geval ook niet het bedrag voor het toestel uit de juiste categorie. U kunt dus niet bijbetalen voor een toestel uit een andere categorie dan waarvoor u bent geïndiceerd.</p>	