

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OHRA
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak : Hulpmiddelenzorg, haarwerk, niet gecontracteerde zorgverlener
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.8 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202102039
Zittingsdatum : 25 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 23 december 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 5 januari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 18 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 maart 2022 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster is op 25 mei 2022 door twee leden van de commissie gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard niet te willen worden gehoord. Partijen zijn over de samenstelling van de commissie voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster draagt een haarwerk. Op 28 september 2021 heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een nieuw haarwerk.
- 3.3. Bij brief van 18 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij de aanvraag afwijst.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 26 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor het haarwerk alsnog moet goedkeuren, althans, zoals toegelicht ter zitting een verklaring dat afname van een haarwerk bij de door haar gewenste zorgaanbieder ten onrechte is geweigerd.

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 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster voert aan dat zij wordt belemmerd in de keuzevrijheid op grond van haar restitutiepolis doordat zij moet kiezen voor een zorgaanbieder die is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar of die is aangesloten bij een beroepsorganisatie. Zij draagt al jaren een haarwerk van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze zorgaanbieder is zeer kundig, maar is niet aangesloten bij een beroepsorganisatie om de enkele reden dat zij geen klantentoelet heeft. De voorwaarden die de zorgverzekeraar stelt zijn onredelijk. Tot nu toe heeft de ziektekostenverzekeraar desondanks steeds goedkeuring gegeven voor een haarwerk omdat verzoekster heeft kunnen aantonen dat zij voor hetzelfde haarwerk bij een gecontracteerde zorgverlener meer moet betalen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn verweer dat hij de aanvraag beoordeelt volgens de verzekeringsvoorwaarden. De zorgaanbieder die verzoekster heeft gekozen, is niet gecontracteerd en voldoet daarnaast niet aan de voorwaarden van het Reglement hulpmiddelen. De ziektekostenverzekeraar is in 2020 bij wijze van uitzondering akkoord gegaan met de aanschaf van een haarwerk bij deze zorgaanbieder. Verzoekster is er toen op gewezen dat bij een volgende aanvraag een certificaat SEMH onderdeel haarwerken of het certificaat onderdeel haarwerkspecialist moet worden overgelegd.

Overwegingen commissie

- 6.4. Op grond van artikel B.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat recht op hulpmiddelenzorg. Voor de nadere voorwaarden wordt in het artikel verwezen naar het Reglement hulpmiddelen. In artikel B.17.6 staan de voorwaarden genoemd voor een haarwerk. Hierin staat dat een niet-gecontracteerde zorgaanbieder erkend moet zijn volgens de Erkenningsregeling Haarwerken van de SEMH en/of de Algemene Nederlandse Kappers Organisatie (ANKO) sectie haarwerken.

- 6.5. Het is niet geschil dat een haarwerk een verzekerde prestatie vormt en dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft. Het staat daarnaast vast dat de door verzoekster gewenste zorgaanbieder niet gecontracteerd is door de ziektekostenverzekeraar. De zorgaanbieder is voorts niet erkend volgens de Erkenningregeling Haarwerken van de SEMH en/of de ANKO sectie haarwerken. Hiermee is niet voldaan aan de voorwaarden van het Reglement hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar.
- 6.6. De commissie begrijpt de wens van verzoekster om bij de zorgaanbieder van haar keuze het haarwerk af te nemen. Verzoekster is vertrouwd met deze zorgaanbieder en de kosten zijn naar haar zeggen lager dan bij afname van een haarwerk van een gecontracteerde aanbieder. Dit neemt niet weg dat de zorgverlener van haar keuze niet voldeed aan de voorwaarden van de ziektekostenverzekeraar, te weten dat de zorgaanbieder erkend dient te zijn volgens de Erkenningregeling Haarwerken van de SEMH en/of de ANKO sectie haarwerken. Een ziektekostenverzekeraar mag ook in het kader van een restitutiepolis voorwaarden stellen, met name ten aanzien van de hoedanigheid en kwaliteit van de zorgaanbieders. De door de ziektekostenverzekeraar gestelde voorwaarde bevat criteria om deze kwaliteit objectief te kunnen vaststellen en waarborgen. Toepassing van deze voorwaarde acht de commissie naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar. Het is niet aan de commissie na te gaan waarom de individuele zorgaanbieder niet is erkend.
- 6.7. Dat verzoekster heeft gekozen voor een restitutiepolis betekent gelet op het bovenstaande niet dat onvoorwaardelijk aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van verzekerde en geïndiceerde zorg.
- 6.8. Het feit dat de ziektekostenverzekeraar eerder goedkeuring heeft gegeven voor afname van een haarwerk bij dezelfde leverancier kan niet tot een ander oordeel leiden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 12 augustus 2020 duidelijk geïnformeerd over de voorwaarden waaraan de zorgaanbieder bij een eventuele volgende aanvraag moet voldoen. Verzoekster was dus van deze voorwaarden op de hoogte. Het bovenstaande leidt er toe dat verzoekster geen aanspraak kon maken op vergoeding van het haarwerk, geleverd door de zorgaanbieder van haar keuze, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding voor hulpmiddelen van maximaal € 500,- per jaar ter zake van het bedrag dat -kort gezegd- uitkomt boven de maximale vergoeding op basis van de zorgverzekering. Dat verzoekster per saldo geen voordeel heeft van deze vergoeding bij de aanschaf van haar haarwerk, aangezien de premie die zij voor de aanvullende verzekering betaalt hoger is dan € 500,-, maakt niet dat de voorwaarden van de ziektekostenverzekeraar onredelijk zijn. Het staat een ziektekostenverzekeraar vrij de voorwaarden en de hoogte van vergoeding van de aanvullende verzekering in te vullen. Een aanvullende verzekering biedt dekking voor meer dan alleen een haarwerk. Als verzoekster zich niet had kunnen vinden in de hoogte van de vergoeding uit de aanvullende verzekering en/of de voorwaarden dan had het op haar weg gelegen om de verzekering te beëindigen dan wel een andere aanvullende verzekering af te sluiten.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2022

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

moet betalen voor volledig op maat gemaakte orthopedische schoenen of de aanpassing ervan.

Let op!

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

- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De orthopedische maatwerkschoenen of de aanpassing ervan, krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.3. Vervallen

D.4.4. Pruik of andere hoofdbedekking

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden (een deel van):

- a. het bedrag dat u zelf moet betalen voor een pruik omdat dat boven de wettelijke maximum vergoeding volgens de zorgverzekering uitkomt; of
- b. een andere vorm van hoofdbedekking.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Voor een andere vorm van hoofdbedekking als bedoeld in artikel D.4.4.b. gelden de voorwaarden van artikel D.4.0. alsof sprake zou zijn van een pruik en dus gelden de voorwaarden van de functionerende medische hulpmiddelen in ons Reglement Hulpmiddelen.

Akkoordverklaring

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

D.4.5. Hoortoestel wettelijke eigen bijdrage

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden (een deel van) de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen voor (een) hoortoestel(len). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

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

- Eigen risico is niet van toepassing.

Toelichting:

Als u uit de zorgverzekering een gedeeltelijke vergoeding krijgt voor een ruismaskeerder, dan kunt u de aanvullende vergoeding ook gebruiken voor de ruismaskeerder.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Het hoortoestel krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.6. Plaswemaker

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een plaswemaker met noodzakelijke toebehoren bij koop of huur.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. De vergoeding geven wij eenmaal zolang u bij ons verzekerd bent.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van huur als wij de kosten van koop al hebben vergoed en andersom.
- De bijbehorende broekjes (maximaal 3) worden alleen vergoed bij de eerste aanschaf of huur.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen

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 2.8

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel a, omvatten:

- a. hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van:
 - 1°. de onderste en bovenste extremiteiten, inclusief oplaadinrichting en batterijen indien het gaat om hulpmiddelen met een energievoorziening;
 - 2°. de mamma;
 - 3°. de stembanden, voor zover deze hulpmiddelen niet vallen onder geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden;
 - 4°. het haar indien sprake is van gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid als gevolg van een medische aandoening of behandeling van medische aard;
- b. hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van:
 - 1°. de oogbol;
 - 2°. het gelaat.

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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

3. OVERZICHT HULPMIDDELEN WAAR U AANSPRAAK OP KUNT HEBBEN

De nummering in dit overzicht sluit aan bij artikel B.17. Hulpmiddelenzorg uit de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering.

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 ^e verstrekking nodig van ¹ :	Akkoord-verklaring nodig van ons <small>(zie noot 1):</small>	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
B.17.6. : Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking (Artikel 2.8 Regeling)						
Armprothesen (schouder, arm, hand)		Gecontracteerde zorgverlener als kosten niet hoger zijn dan € 3.500,- In andere gevallen: zorgverzekeraar	Reparaties: alleen als kosten hoger zijn dan € 450,-	Revalidatiecentrum dat werkt volgens PPP-Arm protocol	Eigendom	Niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens Erkenningsregeling Orthopedische Instrumentmakerijen
Beenprothesen (been of voet)		Gecontracteerde zorgverlener als kosten niet hoger zijn dan: Onderbeen-prothese: € 4.000,- Bovenbeen-prothese: € 7.000,- In andere gevallen: zorgverzekeraar	Reparaties: alleen als kosten hoger zijn dan € 450,-	Revalidatiearts of Physician Assistant	Eigendom	Niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens Erkenningsregeling Orthopedische Instrumentmakerijen De zorg omvat niet: hulpmiddelen die uitsluitend worden gebruikt voor werk of opleiding
AAK prothese (C-leg en Kenevo)		Zorgverzekeraar	Reparaties: alleen als kosten hoger zijn dan € 450,-	Revalidatiearts of Physician Assistant	Bruikleen	Niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens Erkenningsregeling Orthopedische Instrumentmakerijen

¹ Als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, hebt u altijd een akkoordverklaring van ons nodig om voor vergoeding in aanmerking te komen. Zie voor meer informatie artikel 2.2. en 2.6. van het Reglement.

REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 ^e verstrekking nodig van ¹ :	Akkoord-verklaring nodig van ons (zie noot 1):	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
Mamma- (borst) prothesen	Recht op individueel vervaardigde prothese: als gebruiksklaar exemplaar redelijkerwijs niet mogelijk of niet verantwoord is	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	Niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens Erkenningsregeling Mammacare zorgaanbieders
Stemprothesen en spraakversterkers		Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Medisch specialist of verpleegkundig specialist onder supervisie van de medisch specialist	Eigendom	-Eerste plaatsing vindt plaats in ziekenhuis -Alleen als vervanging van de stemprothese in de thuissituatie gebeurt door de huisarts of de verzekerde zelf, is sprake van hulpmiddelenzorg -Maximaal 1 stemgenerator per verzekerde per 5 kalenderjaren. Hebt u eerder een nieuwe stemgenerator nodig? Dan kunt u daarvoor een akkoordverklaring bij ons aanvragen.
Haarwerken	Bij gehele of gedeeltelijke kaalheid door medische aandoening of medische behandeling	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	-Wettelijke maximale vergoeding: € 452,- -Niet- gecontracteerde zorgverlener is erkend volgens de Erkenningsregeling Haarwerken van de SEMH en/of de Algemene Nederlandse Kappers Organisatie (ANKO) sectie haarwerken. -De zorg omvat niet: een haarwerk bij klassieke mannelijke kaalheid (alopecia androgenetica) of een reservehaarwerk als was/wisselvoorziening
Gelaatsprothesen		Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Medisch specialist	Eigendom	
Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van de oogbol		Gecontracteerde zorgverlener voor oog- en schaalprothesen Zorgverzekeraar voor scleralenzen	Nvt	Medisch specialist	Eigendom	Aanmeting van scleralens moet gebeuren door gediplomeerd opticien
B.17.7.: Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel (Artikel 2.9 Regeling)						
Slijmuitzuig-apparatuur en toebehoren		Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts of verpleegkundig specialist onder supervisie van de medisch specialist	Bruikleen	
Trachea canules		Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Medisch specialist of verpleegkundig specialist onder supervisie van de medisch specialist	Eigendom	-Eerste plaatsing vindt plaats in ziekenhuis -Alleen als vervanging van de tracheacanule in de thuissituatie gebeurt door de huisarts of de verzekerde zelf, is sprake van hulpmiddelenzorg

B.16. Dieetpreparaten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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.
- Deze vergoeding wordt verrekend met 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 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 website van de overheid: wetten.overheid.nl.

Als sprake is van een allergie worden de dieetpreparaten vergoed vanaf het moment dat de

allergie is bewezen.

Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (kea) worden provocatietesten gedaan. Pas na een dubbelblinde provocatietest kan met zekerheid worden vastgesteld dat sprake is van een kea en kunt u aanspraak maken op vergoeding. De testperiode voorafgaand aan de dubbelblinde provocatietest komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Behandelaarsvoorstel

Een jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsenverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsenverklaring 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.

Tarieven

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

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

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

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

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

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten

zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;
 - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
 - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
 - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd;
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn. Dit zijn hulpmiddelen die niet één-op-één een relatie hebben met een beperking of stoornis die u hebt en/of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators en aangepast eetgerei.
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen in het dagelijks leven vervangen en niet bijzonder kostbaar zijn. Bijvoorbeeld een opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:
 - Plaswekker;
 - Gezichtshulpmiddelen;
 - Steunzolen;
 - Hulpmiddelen voetzorg;
 - Thuisbewakingsmonitor;
 - ADL-hulpmiddelen;
 - Thuisverzorgingsartikelen;
 - Steunpessarium;
 - Teststrips voor mensen met diabetes waar-

bij er geen sprake is van toedienen van insuline;

- Persoonsalarmering (sociale alarmering);
- Condooms;
- Braces en bandages;
- Epilepsie alarmering;
- Redressiehelm.

Meer informatie hierover vindt u in artikel 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.

Wij hebben dit in het Reglement Hulpmiddelen bij de betreffende hulpmiddelen aangegeven. Ook kunt u informatie vinden in artikel 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 website 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 voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, 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 niet-gecontracteerde zorgverlener, 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.