



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg en OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg, Freestyle Libre, indicatie, doelmatigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, onder o, Rzv,
voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201902092

Zittingsdatum : 12 augustus 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 5 maart 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 3 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 4 juni 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 1 juli 2020 heeft Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020025404) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 7 juli 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 17 september 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 13 februari 2019 is ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor vergoeding van de Freestyle Libre. De behandelend diabetesverpleegkundige heeft in deze aanvraag over verzoeker verklaard:
"(...) Dhr. is in januari gediagnosticeerd met diabetes type 1. Ik vraag jullie om een uitzondering te maken omdat die een zeer gecompliceerde patiënt is. Dhr. is bekend met zwaar autistische kenmerken, mogelijk ook borderline. Dit is nooit gediagnosticeerd i.v.m. weigering van patiënt, maar alles wijst erop. Opgemerkt door de internist, maar ook al langere tijd door de huisarts en praktijkondersteuner GGZ van de huisarts. Praktijkondersteuner GGZ omschreef dhr. als zeer somber en dhr. ziet geen toekomstperspectief bij autisme. Schijnt ook suïcidale gedachten te hebben. Wat momenteel het geval is, is dat dhr. sinds de diagnose helemaal het pad bijster is. Dhr. weigert vaak bloedsuiker te meten en weigert insuline te spuiten wat bij hem tot levensgevaarlijke situaties kan leiden. Als medici maken wij ons zeer ernstige zorgen om deze jongen en hopen met een Freestyle Libre meer grip op de situatie te kunnen krijgen, meer inzicht in het verloop van

bloedsuikers en hopelijk, misschien nog het belangrijkste, dhr. meer vertrouwen te geven in de behandeling met Insuline. (...)"

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 maart 2019 aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 2 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Op 1 juli 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"(...) Voor de beoordeling van deze casus geldt als eerste het standpunt van 27 november 2017 omdat de aanvraag voor vergoeding van een FGM is gedaan begin 2019. Het is niet na te gaan of verzoeker behoort tot een van de indicatiegroepen bij wie aanspraak op een FGM bestond vanaf november 2017, en daarmee voldoet aan de voorwaarde om in aanmerking te komen voor vergoeding van een FGM. Uit het dossier blijkt dat verzoeker door de andere medische problematiek niet goed kan omgaan met zijn aandoening en dit niet goed reguleert. Tot december 2019 kon een patiënt voor vergoeding in aanmerking als er sprake was van een slecht ingestelde diabetes type 1 met een blijvend hoog HbA1c bij standaardcontroles ondanks adequaat spuiten van insuline/management van insulinetoediening. Verzoeker voldoet niet aan deze voorwaarde, het blijkt immers niet dat bij verzoeker sprake is van een slecht ingestelde diabetes type 1 ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of >64 mmol/mol).

Mogelijk dat verzoeker wel behoort tot de groep personen met diabetes mellitus type 1 met een intensief insulineschema (basaal-bolus) die vanaf 10 december 2019 aanspraak maken op vergoeding van een FGM. Verzoeker heeft namelijk diabetes type 1, dus zou het goed mogelijk zijn. Ook bij het standpunt van 10 december 2019 geldt echter dat naast de indicatiestelling het noodzakelijk is dat een goede selectie en voorbereiding door educatie van patiënten of mantelzorgers geborgd is. Daarnaast zijn follow-up, evaluatie en therapiemanagement kritische succesfactoren voor een optimaal gebruik van FGM en het behouden en behalen van de gestelde behandeldoelen. Om ervoor te zorgen dat gebruik van FGM de diabeteszorg van de patiënt blijft ondersteunen worden door partijen kwaliteitscriteria uitgewerkt voor einde tweede kwartaal 2020. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem de Freestyle Libre moet vergoeden met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben een geschil over de vergoeding van een Flash Glucose Monitoringsysteem (FGM), de FreeStyle Libre. Het FGM is een uitwendig hulpmiddel te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, zoals bedoeld in artikel 2,6, onder o, Rzv. Er bestaat aanspraak op dit hulpmiddel als dit voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals beschreven in artikel 2.1, derde lid, Bzv. Het Zorginstituut is aangewezen om onder andere hierover uitsluitel te geven.
- 6.3. Het Zorginstituut heeft op 30 april 2018 geoordeeld dat het FGM vanaf 27 november 2017 voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering bij de volgende indicaties:
- kinderen met diabetes type 1;
 - volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of >64 mmol/mol));
 - zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2);
 - vrouwen met zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes (type 1 en type 2).
- 6.4. Het Zorginstituut heeft in zijn standpunt van 12 december 2019 geoordeeld dat het FGM met ingang van 10 december 2019 ook voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk voor personen met diabetes mellitus type 1 en 2 met een intensief insulineschema (basaal-bolus). Het gaat hier om mensen die minstens vier keer per dag vingerprikken om hun glucosewaarden te meten.
- 6.5. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2019 gediagnosticeerd met diabetes type 1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker vanaf 10 december 2019 een (verzekerings)indicatie heeft voor het FGM, zoals de Freestyle Libre. Het geschil spitst zich dan ook toe op de vraag of verzoeker eveneens een (verzekerings)indicatie had voor de Freestyle Libre in de periode van 1 januari 2019 tot 10 december 2019.
- 6.6. De commissie overweegt dat het aan verzoeker is aan te tonen dat hij tot één van de genoemde patiëntengroepen behoort als beschreven in het onder 6.3 genoemde standpunt van het Zorginstituut. Het staat vast dat hij niet behoort tot de hier geduide groepen vrouwen en kinderen. Evenmin is gebleken dat bij hem sprake is van een slecht ingestelde diabetes 1. Dat de betrokken artsen van verzoeker van oordeel zijn dat hij baat zou hebben bij het gebruik van de Freestyle Libre en dat de ziektekostenverzekeraar hierover geen contact heeft gezocht met deze artsen maakt het voorgaande niet anders. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de Freestyle Libre in de periode van 1 januari 2019 tot 10 december 2019 aan verzoeker te vergoeden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. In de aanvullende ziektekostenverzekering is geen vergoeding opgenomen voor de Freestyle Libre.
- 6.8. De commissie overweegt verder dat zij niet bevoegd is de ziektekostenverzekeraar te dwingen uit coulance - dat wil zeggen in afwijking van de toepasselijke regelgeving en verzekeringsvoorwaarden - een vergoeding toe te laten kennen. Dit is slechts anders als blijkt dat de ziektekostenverzekeraar in strijd handelt met het eigen coulancebeleid of in geval de ziektekostenverzekeraar in vergelijkbare gevallen wél een coulancevergoeding toekent. Gesteld noch gebleken is dat één van deze situaties aan de orde is.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 september 2020,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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!
B.17.19.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel (Artikel 2.6 sub o Regeling)						
Diabetes-materialen: - apparatuur voor zelf bloedafname + bijhorende lancetten; - bloedglucosetest-meter + bijbehorende teststrips; - injectiemateriaal; - een aangepaste uitvoering	U moet insuline-afhankelijk zijn of nagenoeg zijn uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	Bloedglucosemeter van niet gecontracteerde zorgverlener moet voldoen aan de norm: norm ISO 15197:2013
Flash Glucose Monitoring	Voor: - Kinderen (tot 18 jaar) met diabetes type I - Volwassenen met gemiddeld hoge bloedsuikerwaarden die slecht zijn in te stellen (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (> 8% of > 64 mmol/mol) - Zwangere vrouwen met diabetes type I en II (geen zwangerschapsdiabetes) - Vrouwen met diabetes types I en II die een zwangerschapswens hebben	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	
Insulinepompen en toebehoren		Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Internist	Bruikleen of eigendom (afhankelijk van de benodigde pomp)	De zorg omvat niet: - Vervanging van batterijen of accu's (dit zijn kosten van normaal gebruik) - Pomphouders/beschermhoesjes (verstrekking bij eerste levering, daarna eigen kosten of service product leverancier) - Lederen hoesjes en/of pomptasjes (verstrekking bij eerste levering, daarna eigen kosten of service product leverancier)

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

Tarieven

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

Plaats

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

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

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

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

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

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

Let op!

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

de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;

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

Tip

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

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn

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

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

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

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

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

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

Let op!

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

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

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

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

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

Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de

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

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

Zorgverlener

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

Voorschrift

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

Akkoordverklaring

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

Tarieven

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

Plaats

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

B.17.5. Vervallen.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.9

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in [artikel 2.8](#);
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in [artikel 2.9](#);
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in [artikel 2.10](#);
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in [artikel 2.11](#);
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in [artikel 2.12](#);
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in [artikel 2.13](#);
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [Red: 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. [Red: 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. [Red: vervallen;]
- v. [Red: vervallen;]
- w. [Red: vervallen;]
- x. [Red: vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [Red: vervallen;]
- aa. [Red: vervallen;]
- bb. [Red: vervallen;]
- cc. [Red: vervallen;]
- dd. [Red: vervallen;]
- ee. [Red: vervallen;]
- ff. [Red: vervallen;]
- gg. [Red: vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in [artikel 2.29](#).

