



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden
Zaak : Hulpmiddelenzorg, uitwendige borstprotheses, transitie man-naar-vrouw
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.8 Rzv
Zaaknummer : 201802097
Zittingsdatum : 24 juli 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 2) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 28 februari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door haar aangeschafte uitwendige borstprotheses te vergoeden vanuit de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 2.2. De commissie heeft verzoekster bij brief van 3 mei 2019 gevraagd om aanvullende informatie. Verzoekster heeft op 7 mei 2019 nadere informatie aangeleverd.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 juni 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 juni 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2019 gehoord.
- 2.5. Tijdens de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht het door hem aangehaalde, niet nader geduide, rapport van het College voor Zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut, over te leggen. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 25 juli 2019 bedoeld rapport gestuurd. Hierbij was tevens een ander stuk gevoegd. Afschriften van deze stukken zijn op 25 juli 2019 aan verzoekster gezonden, waarbij haar de mogelijkheid is geboden hierop binnen zeven dagen te reageren. Bij e-mailbericht van 2 augustus 2019 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van dit e-mailbericht is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. Bij brief van 10 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019040169) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek in het kader van hulpmiddelenzorg. Het Zorginstituut heeft verklaard niet te kunnen beoordelen of aanspraak bestaat op de uitwendige borstprotheses in het kader van medisch-specialistische zorg. Een afschrift is op 12 september 2019 aan partijen gestuurd. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen veertien dagen te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Tand Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 7 september 2018 aan verzoekster meegedeeld dat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de door haar aangeschafte uitwendige borstprothesen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De behandelend internist-endocrinoloog heeft bij brief van 13 augustus 2018 over verzoekster verklaard:
“(…)
Hierbij verklaar ik dat bovengenoemde patiënte (transgender van man naar vrouw) voor/bij aanvang van hormoontherapie geen borstgroei had. Er was dus sprake van ‘agenesie’ van haar borsten waardoor zij destijds borstprothesen heeft aangeschaft.
“(…)”
- 3.5. Verzoekster is in het kader van haar transitie van man naar vrouw op 1 januari 2016 gestart met de 'real life experience'. Op 16 februari 2016 heeft zij twee uitwendige borstprothesen aangeschaft, ten bedrage van totaal € 418,00. Op 4 juli 2017 is zij begonnen met de hormoonbehandeling. Deze behandeling bestond uit driemaal daags spironolacton 25 mg en tweemaal per week een hormoonpleister Estradiol 100 Mcg/24U. Verzoekster heeft begin 2019 een geslachtsveranderende operatie ondergaan.
- 3.6. Het Zorginstituut heeft bij brief van 10 september 2019 geadviseerd:
“(…)”
Beoordeling in het kader van hulpmiddelenzorg
Vanuit het kader van de hulpmiddelenzorg is een uitwendige borstprothese geïndiceerd bij de operatieve verwijdering van de borstklier en bij het geheel of nagenoeg geheel achterwege blijven van de natuurlijke ontwikkeling van de borstklier(en). Dat staat in principe los van eventuele hormoonbehandeling. Er bestaat geen bezwaar tegen om een man-vrouw transgender die daar de voorkeur aan zou geven een uitwendige borstprothesen te verstrekken op grond van deze regeling. Het gaat dan echter niet om een voorlopig gebruik in het kader van medisch-specialistische zorg, maar om een permanent gebruik. Bij verzoekster waren de prothesen bedoeld voor een voorlopig gebruik in het kader van de real-life-experience fase. Er is, gezien de blijkbaar inmiddels opgetreden borstvorming, geen indicatie voor permanent gebruik van uitwendige borstprothesen.
Beoordeling in het kader van medische-specialistische zorg
Zoals aangegeven in het juridisch kader dient een adequate real-life-experience als filter voor potentiële spijtoptanten. De verzekerde gaat in deze fase zoveel mogelijk in de rol van het gewenste geslacht leven. Als tijdens de transitie van man naar vrouw tijdelijk een uitwendige borstprothese noodzakelijk wordt geacht, bijvoorbeeld voor het slagen van de real-life-experience, dan valt dat onder de betreffende medisch-specialistische zorg. Of daarvan sprake was in 2016 is op basis van het dossier niet te beoordelen.
Uw commissie stelt het Zorginstituut nog de vraag of bij het vorenstaande een (mogelijke) passibiliteitsstoornis als reden voor uitwendige prothese een rol speelt. Het antwoord daarop is dat een passibiliteitsstoornis hierbij geen rol speelt.
Advies van het Zorginstituut
Gelet op al het voorgaande adviseert het Zorginstituut u om het verzoek af te wijzen in het kader van de hulpmiddelenzorg. Of aanspraak bestond op de uitwendige prothesen in het kader van

medisch-specialistische zorg voor het slagen van de real-life-experience kan het Zorginstituut niet beoordelen."

4. Bevoegdheid van de commissie

- 4.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en kan daarover bindend advies uitbrengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de zorgverzekering.

5. Geschil

- 5.1. Verzoekster heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door haar aangeschafte uitwendige borstprothesen te vergoeden vanuit de zorgverzekering.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen verweer gevoerd.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam en op medisch-specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de van belang zijnde bepalingen uit het 'Reglement Hulpmiddelenzorg' van de ziektekostenverzekeraar (verder: het reglement) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Uit het advies van het Zorginstituut van 10 september 2019 komt naar voren dat uitwendige borstprothesen in het kader van een 'real life experience' niet vallen onder de aanspraak hulpmiddelenzorg. Hiertoe is namelijk vereist dat de prothesen zijn bedoeld voor 'permanent' gebruik, terwijl het in de betreffende fase om 'voorlopig' gebruik gaat. Wél kunnen de prothesen in die fase onderdeel vormen van de transitie van man naar vrouw en daarmee vallen onder de aanspraak medisch-specialistische zorg. Of een patiënt redelijkerwijs op uitwendige borstprothesen is aangewezen in het kader van de transitie van man naar vrouw is ter beoordeling van de behandelend arts. De commissie overweegt dat als de door verzoekster aangeschafte uitwendige borstprothesen vanwege het 'voorlopig' gebruik naar het oordeel van de behandelend arts vallen onder de medisch-specialistische behandeling in het kader van haar transitie van man naar vrouw, deze zorg reeds als zodanig door de ziektekostenverzekeraar aan de betrokken zorgaanbieder wordt vergoed. Verzoekster kan bij de ziektekostenverzekeraar geen aanspraak maken op vergoeding van de borstprothesen, aangezien dit zou leiden tot 'dubbele' vergoeding. Op grond van de zorgverzekering bestaat om die reden geen aanspraak. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd met betrekking tot de vermelding op de website van een andere zorgverzekeraar kan niet leiden tot een andere uitkomst. Hetzelfde geldt voor haar verwijzing naar een advies van het Zorginstituut.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. De uitwendige borstprothesen kunnen daarom niet op basis van deze verzekering worden vergoed.
- 6.4. Verzoekster heeft ter zitting verklaard dat de ziektekostenverzekeraar geen telefonische toezegging heeft gedaan dat de uitwendige borstprothesen zonder meer zouden worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Wél is volgens haar de indruk gewekt dat deze prothesen zouden worden vergoed, omdat door de ziektekostenverzekeraar is gezegd "*dan komt het wel goed*". Voor zover verzoekster hiermee wil betogen dat de kosten anders dan op grond van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering zouden worden vergoed, overweegt de

 commissie dat uit de gespreksverslagen niet naar voren komt dat een dergelijke uitspraak aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar is gedaan. Ook anderszins is dit door verzoekster niet aannemelijk gemaakt. Haar stelling faalt om die reden.

 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie beslist dat het verzoek wordt afgewezen.

Zeist, 9 oktober 2019,











 J.A.M. Strens-Meulemeester

Uitsluitingen

- a. Als u jonger bent dan 38 jaar, heeft u bij de eerste en tweede IVF-poging geen recht op terugplaatsing van meer dan één embryo.
- b. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel vallen niet onder IVF.
- c. Na de eerste, tweede en derde IVF-poging heeft u geen recht meer op een vierde of volgende poging per te realiseren doorgaande zwangerschap, waaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde geneesmiddelen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een IVF-centrum met de daartoe wettelijk vereiste vergunningen.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.11 Medisch specialistische zorg algemeen

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Let op! Een second opinion valt hier ook onder. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. U moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist of sportarts werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum. Voor een sportarts geldt dat deze ook werkzaam mag zijn in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI) toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort.

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde die niet medisch noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld behandelingen uit culturele of religieuze overwegingen;
- e. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostomose met een redressiehelm.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, sportarts, jeugdarts, tandarts, verloskundige, kaakchirurg, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-arts (alleen voor KNO-arts) of optometrist. Voor een second opinion door een medisch specialist heeft u een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Toestemming vooraf

Als u na een second opinion nogmaals de mening van een andere specialist wilt, mag dit pas nadat wij u hiervoor toestemming hebben verleend. Samen met uw aanvraag moet u een gemotiveerde verklaring van uw huisarts of behandelend specialist overleggen waaruit de noodzaak voor deze herhaalde second opinion blijkt.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

U heeft recht op mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

(...)

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.

(...)

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

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.

(...)

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;

(...)

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.

Voorbeelden Apparatuur met spraakuitvoer: draagbare communicators, letter- of symbolensets. Letter- of symbolenborden, apparatuur voor synthetische spraak, softwarematige communicatie-hulpmiddelen.
Eigendom of bruikleen U ontvangt deze hulpmiddelen in bruikleen.
Wie mag het hulpmiddel voorschrijven Een logopedist of ergotherapeut.
Voorafgaande toestemming U heeft voorafgaande toestemming van De Friesland nodig voor de hulpmiddelen die onder dit artikel vallen.

3.6 Uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn met toebehoren

Artikel Regeling zorgverzekering 2.6 y
Voorbeeld TENS-apparatuur.
Eigendom of bruikleen U ontvangt deze hulpmiddelen in eigendom.
Wie mag het hulpmiddel voorschrijven De behandelend arts of fysiotherapeut.
Bijzonderheden Dit hulpmiddel wordt verstrekt na een proefperiode van ten minste drie weken met positief resultaat.

3.7 Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan.

Artikel Regeling zorgverzekering 2.8
Nadere omschrijving 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 medisch specialistische zorg; 4° het haar indien er 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.
Voorbeelden a. 1°: been- en armprothesen; a. 2°: borstprothesen; a. 3°: stemprothesen; a. 4°: pruiken/haarwerken; b. 1°: oogprothesen, scleraschaal, scleralens (zonder visuscorrectie); b. 2°: oor- of neusprothesen.

Eigendom of bruikleen U ontvangt deze hulpmiddelen in eigendom, m.u.v. auto-adaptieve knieën (AAK) en myo-elektrische armprothesen. Deze ontvangt u in bruikleen.
Wie mag het hulpmiddel voorschrijven De behandelend medisch specialist. Bij hulpmiddelen ter vervanging van de mamma mag dit ook een mammacare verpleegkundige zijn.
Richtlijn voor maximaantal/minimale gebruiksduur a. 1°: vijf jaar; a. 2°: twee jaar; a. 4°: een jaar.
Specifieke kwaliteitseisen De leverancier moet SEMH-gecertificeerd zijn. Dit geldt niet voor leveranciers van pruiken/ haarwerken en voor leveranciers van hulpmiddelen ter vervanging van de stembanden en de oogbol.
Maximale vergoeding Hulpmiddelen ter vervanging van het haar: max. vergoeding € 431,- per stuk.
Bijzonderheden U heeft uitsluitend bij blijvend haarverlies aanspraak op een reservepruik/haarwerk
Voorafgaande toestemming U heeft voorafgaande toestemming van De Friesland nodig voor autoadaptieve knieën (AAK), myo-elektrische armprothesen, scleraschalen en scleralenzen (zonder visuscorrectie).

3.8 Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel

Artikel Regeling zorgverzekering 2.9
Nadere omschrijving 1. Uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, inclusief stomabeschermers voor gelaryngectomeerden, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend, te weten: a. zuurstof; b. stoffen die zijn gecertificeerd als medisch hulpmiddel in de zin van de Wet op de medische hulpmiddelen. 2. De zorg bedoeld onder lid 1, omvat ingeval van zuurstofapparatuur tevens vergoeding van stroomkosten. 3. De zorg, bedoeld onder lid 1 omvat niet: a. apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning; b. apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken.
Voorbeelden: a. Zuurstofapparatuur, inclusief vergoeding van stroomkosten; b. CPAP-apparatuur met toebehoren; c. Slijmuitzuigapparatuur, zo nodig met toebehoren; d. Longvibrators; e. Vernevelaars; f. Mandibulair repositieapparaat (MRA-beugel); g. Tracheacanule; h. Apparatuur voor positieve uitademingsdruk (pep-masker, Flutter).
Eigendom of bruikleen U ontvangt deze hulpmiddelen in eigendom of bruikleen, afhankelijk van het hulpmiddel Voorbeeld a., b., d. en e: bruikleen; Voorbeeld c.: apparaat in bruikleen, toebehoren in eigendom; Voorbeeld f. t/m h.: eigendom.

Een pedicure is:

- a. een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) of;
- b. een paramedisch chiropodist, medisch pedicure of pedicure+ met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) met een code A of B of;
- c. een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het register Medisch voetzorgverleners van KABIZ.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- a. MRI-diagnostiek, tenzij de huisarts deze aanvraagt op basis van de richtlijnen (inclusief standaarden) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- b. voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen of algemene nagelverzorging;
- c. hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals orthesen. Deze worden niet onder dit artikel vergoed, maar kunnen in bepaalde gevallen wel worden aangemerkt als hulpmiddel zoals bedoeld in artikel 3.9.

Verwijzing

Voor preventieve voetzorg bij diabetes heeft u een verwijzing van de huisarts nodig, als deze de voetzorg niet zelf verleent.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de tarieven die in rekening gebracht worden, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

In afwijking hiervan geldt voor preventieve voetzorg en het plaatsen van een spiraal door een verloskundige voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders een vergoeding van maximaal 80% van het laagste tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, met uitzondering van door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek. Dit valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht.

3.9

Hulpmiddelenzorg

Inhoud zorg

U heeft recht op functionerende hulp- en wondverzorgingsmiddelen zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering. In het door De Friesland vastgestelde Reglement Hulpmiddelenzorg zijn toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen

afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventuele eigen bijdrage vergoeden wij niet. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor uw rekening. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

Let op! Hulpmiddelen geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier die niet aan de door De Friesland gestelde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoet, worden niet vergoed. Raadpleeg daarom altijd het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van hulpmiddelen die u in bruikleen krijgt.

3.10 IVF (In-vitrofertilisatie)

Inhoud zorg

Als u op het moment van aanvang van de zorg jonger bent dan 43 jaar, heeft u recht op:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
 - b. de follikelpunctie;
 - c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
 - d. het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte, met als doel zwangerschap te doen ontstaan.
- U heeft uitsluitend recht op de eerste, tweede en derde IVF-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. Er is sprake van een IVF-poging vanaf het moment dat een follikelpunctie is geslaagd. Na een doorgaande zwangerschap heeft u opnieuw recht op drie IVF-pogingen zolang u bij aanvang van een poging jonger bent dan 43 jaar. Van een doorgaande zwangerschap is sprake:
- a. bij een spontaan ontstane zwangerschap van ten minste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;
 - b. vanaf tien weken na de geslaagde follikelpunctie;
 - c. vanaf negen weken en drie dagen zwangerschap na de implantatie van gecryopreserveerde embryo's.
- De terugplaatsing van een of meer bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) wordt niet beschouwd als een nieuwe poging, maar maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-behandeling. Een IVF-behandeling kan ook tot stand worden gebracht door middel van eiceldonatie.

en volumerichtlijnen opgenomen. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd.

Let op! U heeft uitsluitend recht op wondverzorgingsmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Wie mag deze zorg verlenen?

Een leverancier van hulpmiddelen. Als u voor een hulpmiddel naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel vinden in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Hulpmiddelen in bruikleen

Voor enkele hulpmiddelen geldt dat deze in bruikleen worden verstrekt. In het Reglement Hulpmiddelenzorg is aangegeven welke hulpmiddelen dit betreft. Hulpmiddelen worden alleen in bruikleen verstrekt door leveranciers waarmee De Friesland hiervoor een overeenkomst heeft gesloten. Voor verstrekking hiervan kunt u dus niet terecht bij een niet-gecontracteerde leverancier. Mocht u toch een bruikleenhulpmiddel in eigendom willen aanschaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier, dan is in het Reglement Hulpmiddelenzorg aangegeven hoe wij in dat geval uw vergoeding berekenen.

Let op! Als u ervoor kiest een bruikleenhulpmiddel in eigendom aan te schaffen, kan de vergoeding ten laste van uw verplichte en vrijwillige eigen risico komen. Hulpmiddelen in bruikleen komen niet ten laste van het eigen risico, met uitzondering van bijbehorende verbruiksartikelen.

Eigen bijdrage

In een aantal gevallen genoemd in de Regeling zorgverzekering bent u een eigen bijdrage verschuldigd ter hoogte van:

- a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde maximaal te vergoeden bedrag;
- b. een bedrag wegens besparing van kosten.

Als dit het geval is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Toestemming vooraf

Voor sommige hulpmiddelen heeft u pas recht op aanschaf, reparatie, wijziging of vervanging van een hulpmiddel na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland. Als voorafgaande toestemming noodzakelijk is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het laagste tarief dat De Friesland heeft

2.11

Fraude

Van fraude is sprake als op oneigenlijke gronden en wijze een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat wordt verkregen of geprobeerd wordt te verkrijgen. Onder fraude valt ook het verkrijgen of proberen te verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen. Fraude heeft tot gevolg dat er helemaal geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden.

Bij fraude:

- a. doet De Friesland aangifte bij de politie;
- b. wordt uw verzekering beëindigd. Dit geldt ook voor eventueel bij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV en/of De Friesland Reisverzekeringen NV lopende (aanvullende) verzekeringen;
- c. vindt registratie plaats in het door De Friesland bijgehouden incidentenregister;
- d. vindt registratie plaats in het tussen verzekeraars geldende signaleringssysteem;
- e. worden eventueel onterecht uitgekeerde schade en onderzoekskosten teruggevorderd.

2.12

Geschillen

a. Als u als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door De Friesland in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, dan kunt u binnen een jaar nadat die beslissing u is meegedeeld De Friesland vragen om de beslissing te heroverwegen. U kunt dit verzoek richten aan de Geschillencommissie van De Friesland. Als De Friesland niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging heeft gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan kunt u het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, waaraan De Friesland uitvoering zal geven.

b. U heeft, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen u en De Friesland aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. U kunt echter niet eerst het geschil aan de burgerlijke rechter voorleggen en daarna aan de SKGZ.

2.13

Verhaal op derden

Als een derde naar de mening van De Friesland voor de kosten voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan bent u, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die De Friesland nodig heeft voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een u overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens u aangifte te worden gedaan bij De Friesland en de bevoegde politie instantie. In geen geval mag u zonder schriftelijke toestemming van De Friesland met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt een regeling in enige vorm treffen, waaronder het verlenen van

2.7 Dekking

2.7.1 Omvang van de dekking

- a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat u van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.
- b. Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als u naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan u echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland u dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
- c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en -bij het ontbreken van een zodanige maatstaf- door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Tip: Het Zorginstituut Nederland heeft verschillende behandelingen aan de hiervoor genoemde criteria getoetst en op grond hiervan beoordeeld of deze als verzekerde zorg zijn aan te merken. Raadpleeg hiervoor zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapporten+en+standpunten.

- d. U heeft recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- e. De vraag of u behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- g. U heeft geen recht op zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan de in artikel 2.7.1 onder c. genoemde criteria voldoen kunnen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:

- a. tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- b. tot 1 juli 2019 behandeling met belimumab van volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus met een hoge mate van ziekteactiviteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar de effectiviteit van deze zorg of het onderzoek zoals hieronder genoemd onder 2°