



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, buitencategorie, Phonak Audéo
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.10 Rzv
Zaaknummer : 202100037
Zittingsdatum : 18 augustus 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 21 maart 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 23 april 2021 heeft verzoeker het verschuldigde entreegeld voldaan.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 21 juni 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 9 juli 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021024443) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 juli 2021 aan partijen gestuurd. Verzoeker heeft op 6 augustus 2021 per brief op het voornoemde advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben verklaard dat zij telefonisch aan de hoorzitting wilden deelnemen. Hierop heeft de commissie partijen uitgenodigd voor de hoorzitting op 18 augustus 2021. Ondanks herhaalde pogingen was het niet mogelijk verzoeker te bereiken. Vervolgens is alleen de ziektekostenverzekeraar gehoord.
- 2.5. Verzoeker heeft op 20 augustus 2021 verklaard dat hij niet aan de hoorzitting kon deelnemen, vanwege technische redenen. De commissie heeft hierop besloten de aantekeningen van de hoorzitting aan verzoeker te sturen en hem in de gelegenheid te stellen hierop schriftelijk te reageren. Op 13 september 2021 heeft verzoeker van deze gelegenheid gebruik gemaakt. Een afschrift van zijn reactie is op 14 september 2021 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede de reacties van verzoeker van 6 augustus 2021 en 13 september 2021 zijn op 14 september 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 24 september 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Werkt Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft ongeveer tien jaar geleden voor het eerst een hoortoestel gekregen. De ervaringen met dit toestel hebben hem doen besluiten bij de keuze voor een nieuw hoortoestel extra kritisch

te zijn. Halverwege 2019 heeft verzoeker verschillende keren telefonisch contact gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Daarna, en na een bezoek aan het audiologisch centrum, heeft verzoeker twee hoortoestellen van het type Phonak Audéo M50-R aangeschaft.

- 3.3. Op 12 augustus 2020 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen te vergoeden. Op 20 augustus 2020 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 30 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Op 9 juli 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“Uit de voorliggende informatie blijkt niet dat het Keuzeprotocol hoorzorg is gevolgd. Of verzoeker door de audicien adequaat is voorgelicht over de voorwaarden voor vergoeding van een 'vrije markt'(categorie 6/buitencategorie) hoortoestel en of de audicien passende hoortoestellen uit de database heeft voorgesteld, is uit de voorliggende informatie niet duidelijk.

Van het audiologisch centrum is alleen een formulier met de audiogrammen bij de voorliggende stukken aanwezig, waarop de KNO-arts bij 'Opmerkingen' 'Vrije aanpassing beiderzijds' vermeldt. Een nadere onderbouwing voor een eventuele medische noodzaak voor buitencategorie hoortoestellen door de KNO-arts of klinisch fysisch-audioloog van het audiologisch centrum ontbreekt. Zoals hiervoor is beschreven, is enkel een hoortest (audiogram) niet voldoende voor het bepalen van welk hoortoestel het meest passend is voor een verzekerde.

Uit de brieven van verzoeker en het feit dat de Phonak Audéo M50-R een oplaadbaar hoortoestel betreft, is op te maken dat verzoeker de voorkeur heeft voor een oplaadbaar hoortoestel. Ook is het van belang dat zijn hoortoestel geen bijgeluiden geeft, zoals zijn eerder aangeschafte hoortoestel wel deed.

Zoals eerder vermeld heeft het Zorginstituut geen inzicht in de hoortoestellendatabase. Volgens informatie van de patiëntenvereniging Hoormij.NVVS zijn inmiddels minstens 1400 hoortoestellen in deze database opgenomen. Blijkens de brief van verweerder zijn in de database bovendien oplaadbare hoortoestellen in de categorieën 2 t/m 5 aanwezig en biedt de audicien van verzoeker deze ook aan.

Conclusie

Op grond van de voorliggende informatie blijkt niet dat verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de hoortoestellendatabase.”

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door hem aangeschafte hoortoestellen van het type Phonak Audéo moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg zijn 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 heeft aangevoerd dat hij, na ervaringen met eerdere toestellen, kwaliteitseisen stelt aan een hoortoestel. Nadat de tien jaar geleden aangeschafte toestellen aan vervanging toe waren, is verzoeker dan ook op zoek gegaan naar hoortoestellen die voldoen aan deze kwaliteitseisen. Zo moesten de toestellen onder andere gebruiksvriendelijk, spaarzaam, en goed voor het milieu zijn. Dit laatste houdt in dat de hoortoestellen oplaadbaar moeten zijn, zodat de batterijen niet vaak vervangen hoeven te worden. Tot slot vindt verzoeker het belangrijk dat de hoortoestellen in het gebruik een minimum aan bijgeluiden geven. In overleg met de audicien is hij uitgekomen op hoortoestellen van het type Phonak Audéo M50-R. De hoortoestellen van dit type voldoen in ruime mate aan de eisen die verzoeker stelt.

Voorafgaand aan de aanschaf heeft verzoeker meerdere keren telefonisch contact gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens deze contacten heeft verzoeker de indruk gekregen dat de ziektekostenverzekeraar een deel van de kosten van de toestellen zou vergoeden. Na deze contacten is verzoeker overgegaan tot aanschaf. Gelet op het feit dat in de contacten bepaalde verwachtingen zijn gewekt meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar op zijn minst een deel van de kosten zou moeten vergoeden.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij in zijn Reglement Hulpmiddelen heeft opgenomen dat op basis van het Protocol hoorhulpmiddelen wordt bepaald op welk type hoortoestel een verzekerde recht heeft. Gedoeld wordt hier op het 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 de desbetreffende verzekerde niet kan volstaan met een hoortoestel dat onder één van de categorieën valt. De audicien bepaalt of een verzekerde uit kan met een hoortoestel uit categorie 1 tot en met 5.

Weliswaar heeft verzoeker een audiologisch centrum bezocht, maar niet is komen vast te staan dat niet kan worden volstaan met een hoortoestel uit categorie 5. Verzoeker heeft geen zorginhoudelijke argumenten aangevoerd waarom hij aanspraak heeft op een hoortoestel uit de buitencategorie.

Een verzekerde moet namelijk op basis van zorginhoudelijke criteria zijn aangewezen op een buitencategorie hoortoestel. Voor zover verzoeker een hoortoestel wenst met oplaadbare batterijen geldt dat deze ook in de database zijn opgenomen.

Dat aan verzoeker, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde toezeggingen zijn gedaan blijkt niet uit de gemaakte telefoonnotities.

6.4. De commissie overweegt dat voor de aanspraak op (vergoeding van) hoortoestellen een hoortoestellendatabase is ontwikkeld. Hierin zijn hoortoestellen opgenomen die voor verstrekking of vergoeding in aanmerking kunnen komen. De desbetreffende hoortoestellen zijn ingedeeld 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 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2020'.

Hoortoestellen die niet zijn ingedeeld in één van deze categorieën worden in de praktijk ook wel 'buitencategorie' of 'categorie 6' hoortoestellen genoemd. Voor het antwoord op de vraag in welke categorie de slechthorende moet worden ingedeeld, wordt gebruik gemaakt van het ZN Keuzeprotocol Hoorzorg. In dit protocol is onder meer bepaald dat aan de hand van de zorgvraag

en de complexiteit van het hoorprobleem de slechthorende wordt ondergebracht in één van de vijf categorieën. Lukt dit niet of kan de verzekerde niet uitkomen met een hoortoestel uit de database in de geïndiceerde categorie, dan kan sprake zijn van een bijzondere individuele zorgvraag en kan aanspraak bestaan op een buitencategorie hoortoestel. In dat geval volgt verwijzing naar een audiologisch centrum en moet objectief en gemotiveerd worden aangetoond dat het niet mogelijk is de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing. Om dit vast te stellen moeten ten minste twee hoortoestellen van de geïndiceerde categorie worden geprobeerd.

- 6.5. Verzoeker maakt aanspraak op hoortoestellen van het type Phonak Audéo M50-R. Dit type hoortoestellen is niet in één van de vijf categorieën opgenomen. Om in aanmerking te komen voor vergoeding van een 'buitencategorie' hoortoestel ten laste van de zorgverzekering moet, zoals hierboven is vermeld, gedegen zijn onderbouwd dat en waarom een verzekerde niet kan volstaan met een hoortoestel uit één van de vijf categorieën. Uit de stukken blijkt dat verzoeker een audiologisch centrum heeft bezocht. Overgelegd is een formulier met audiogrammen. Een onderbouwing van de noodzaak van een buitencategorie toestel ontbreekt evenwel. Daarnaast is gesteld noch gebleken dat verzoeker ten minste twee toestellen uit de geïndiceerde categorie heeft geprobeerd. Daarmee is niet voldaan aan de voorwaarden voor verstrekking of vergoeding van een buitencategorie hoortoestel.
- 6.6. Als reden voor de keuze voor de hoortoestellen van het type Phonak Audéo heeft verzoeker gegeven dat hij graag een kwalitatief goed hoortoestel wil hebben dat weinig tot geen bijgeluiden geeft. Daarnaast moet het hoortoestel gebruiksvriendelijk en onderhoudsvriendelijk zijn en niet werken op batterijen. De gekozen hoortoestellen van het type Phonak Audéo M50-R voldoen aan al deze wensen.
- 6.7. Zoals hiervoor is uiteengezet bestaat pas aanspraak op een hoortoestel uit de buitencategorie als op *zorginhoudelijke* gronden niet kan worden volstaan met een hoortoestel uit één van de vijf categorieën van het ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Dat verzoeker op zorginhoudelijke gronden niet uit kan komen met hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie 5, is door hem niet aannemelijk gemaakt. De door verzoeker genoemde criteria kunnen hierbij overigens (deels) wel een rol spelen. Zoals de commissie in een eerdere zaak heeft beslist, kan bijvoorbeeld iemands lichamelijke conditie aanleiding zijn om te oordelen dat betrokkene op zorginhoudelijke gronden is aangewezen op een oplaadbaar toestel, met name als hij of zij niet in staat is zelf de batterijen te vervangen. In het geval van verzoeker ontbreekt evenwel een deugdelijke onderbouwing van de medische noodzaak, zodat de keuze vooral lijkt te zijn gebaseerd op eigen afwegingen. Hierin voorziet het protocol niet. Zou aan dergelijke afwegingen voorrang worden gegeven, dan zouden de indeling in categorieën en de eventuele verwijzing naar een audiologisch centrum volstrekt betekenisloos worden. Bepalend zou dan immers niet meer zijn op welk hoortoestel een verzekerde op objectieve gronden is aangewezen, doch slechts aan welk hoortoestel op basis van subjectieve criteria de voorkeur wordt gegeven. Een passende hooroplossing wordt hiermee niet bereikt. De commissie tekent hierbij nog aan dat aan de wens van verzoeker dat de toestellen oplaadbaar moeten zijn kennelijk wel tegemoet had kunnen worden gekomen, nu door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoeker niet is bestreden dat dergelijke toestellen ook zijn opgenomen in de geïndiceerde categorie. Aangenomen kan worden dat hetzelfde opgaat voor gebruiks- en onderhoudsvriendelijkheid. Dit kan evenwel in het midden blijven. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op de door hem aangeschafte hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

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

Telefonische toezegging

6.9. De commissie stelt voorop dat het bij telefonische mededelingen lastig is te achterhalen wat de precieze vraagstelling is geweest en wat hierop het antwoord was. De stelplicht en bewijslast ter zake liggen bij degene die zich op de mededeling beroept. Dit volgt uit artikel 150 Rv. Bij belangrijke mededelingen is het daarom aan te raden hiervan een schriftelijke bevestiging te vragen, dan wel de gedane mededelingen zelf schriftelijk te bevestigen. In de onderhavige situatie heeft verzoeker dit nagelaten, zodat moet worden afgegaan op de informatie over de met hem gevoerde gesprekken die zich in het dossier bevindt.

Verzoeker stelt dat de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar bij hem de indruk hebben gewekt dat de kosten van een buitencategorie hoortoestel (gedeeltelijk) worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling bestreden en aangevoerd dat de medewerkers aan de telefoon werken met een telefoonscript. Uitgaande van de geregistreerde vraag is op basis van dit script te achterhalen wat de medewerker heeft geantwoord, en hieruit is af te leiden dat aan verzoeker enkel algemene informatie is gegeven over de vergoeding van hoortoestellen.

De commissie oordeelt dat uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde notities niet blijkt dat aan verzoeker onjuiste informatie is gegeven. Daarnaast is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij aan de desbetreffende medewerker(s) specifiek heeft gevraagd of hoortoestellen uit de buitencategorie - gedeeltelijk - worden vergoed en dat het antwoord hierop bevestigend was.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 september 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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 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.

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.

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/buikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (artikel 2.10 Regeling zorgverzekering), zoals:						
hoortoestellen categorie 1 tot en met 5, (b)cross zender, oorstukjes en tinnitusmaskeerder	eigendom	StAr geregistreerd audiciens die werkt in een winkel met het keurmerk 'De Audicien' en CVC gecertificeerd is of een SEMH erkende audicien'	De audicien informeert u als u een verwijzing van een KNO-arts of audiologisch centrum nodig heeft. De audicien gebruikt hiervoor het NOAH-protocol.	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming aan bij vervanging binnen de gebruikstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Eigen bijdrage vanaf 18 jaar: U bent een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de aanschafkosten. Gebruikstermijn U kunt uw hoortoestel, (b)cross zender en tinnitusmaskeerder minimaal 5 jaar gebruiken. Bijzonderheden U heeft recht op vergoeding als uw gehoorverlies minimaal 35 dB is. Op basis van het Protocol hoorhulpmiddelen wordt bepaald op welk type hoortoestel u recht heeft. Kijk voor meer informatie op onze website. Deels implanteerbare hoortoestellen worden alleen vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.
ringleidingen, infrarood-apparaatuur, FM-apparaatuur, bluetooth-apparaatuur of daarmee gelijk te stellen apparaatuur	eigendom	StAr geregistreert audiciens en keurmerk 'De Audicien' of een SEMH erkende audicien	De audicien informeert u als u een verwijzing van een KNO-arts of audiologisch centrum nodig heeft. De audicien gebruikt hiervoor het NOAH-protocol.	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming aan bij vervanging binnen de gebruikstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Gebruikstermijn U kunt de apparatuur minimaal 5 jaar gebruiken. U heeft 5 jaar garantie bij een gecontracteerde zorgaanbieder.
signaalhond en een tegemoetkoming in de gebruikskosten van deze hond	bruikleen. De hond blijft eigendom van de school.		behandelend arts met rapport audioloog	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming bij ons aan.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	Bijzonderheden U heeft alleen recht op een signaalhond die een substantiële bijdrage levert aan uw mobiliteit als u volledig doof bent waardoor de zelfstandigheid significant wordt vergroot en het beroep op (zorg)ondersteuning significant vermindert. Maximale vergoeding De tegemoetkoming in de gebruikskosten bedraagt € 94,53 per maand.
solo-apparaatuur	bruikleen		audioloog	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
softwarelicentie voor teksttelefoonmogelijkheden op pc, tablet en mobiele telefoon	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiksstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	

Artikel 37. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- Of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- De kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- Of u een verwijzing nodig heeft en zo ja, van wie;
- Of u vooraf onze toestemming nodig heeft (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- Gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel in bruikleen? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig heeft. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen heeft ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 38. Verblijf

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 15.1), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), gespecialiseerde GGZ (artikel 26) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 32 en artikel 33) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg. Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die intensieve kindzorg nodig hebben zoals omschreven in artikel 14, Verpleging en verzorging.

Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling.