

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, gebruiksduur, buitencategorie, redelijkheid en billijkheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.10 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, artt. 6:212 en 6:248 BW

Zaaknummer : 202101015

Zittingsdatum : 23 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 27 juli 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 9 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 15 september 2021 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld zijn standpunt kenbaar te maken. Binnen de gestelde termijn heeft de commissie geen reactie ontvangen. Daarom heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar bij brief van 22 oktober 2021 nogmaals gevraagd naar zijn standpunt. Bij brief van 26 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 1 november 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 25 november 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021042473) aan de commissie een advies uitgebracht. In dit advies adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te doen. Bij dit onderzoek dienen nadere medische stukken te worden overgelegd. Dit omdat behalve de nota van 11 december 2020 er in de overlegde stukken geen informatie van de audicien of van een audiologisch centrum aanwezig is. In hoeverre verzoeker aangewezen zou zijn op een buitencategorie hoortoestel is dan ook door het Zorginstituut niet te beoordelen. Dit zou nader onderzocht moeten worden, door bijvoorbeeld het opvragen van nadere onderbouwing/informatie bij de audicien.
- 2.4. Een kopie van het advies van het Zorginstituut is op 29 november 2021 aan partijen gestuurd. De commissie heeft partijen in de begeleidende brief gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut, uit te voeren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 5 december 2021 en 13 december 2021 op het desbetreffende advies van het Zorginstituut gereageerd. Kopieën van deze reacties zijn ter kennisname aan de respectievelijke wederpartijen gestuurd.
- 2.5. De reacties van 5 en 13 december 2021 zijn op 14 december 2021 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met de vraag een voorlopig advies uit te brengen. Bij brief van 14 januari 2022 heeft het Zorginstituut een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 25 januari 2022 aan partijen gestuurd. Verzoeker heeft bij brief van 3 februari 2022 op het desbetreffende advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 2.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en een kopie van de reactie van 3 februari 2022 van verzoeker zijn op 28 februari 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 14 januari 2022 aanpassing behoeft. Op 1 maart 2022 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 Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende Ziektekostenverzekeringen Aanvullend *** en Aanvullend Tand ** (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op 11 december 2020 bij een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier twee hoortoestellen van het type Phonak Audio M90-R AHO, een lader en een connector, ten bedrage van totaal € 4.849,90, aangeschaft.
- 3.3. Verzoeker heeft de desbetreffende nota gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, die deze op 14 januari 2021 heeft afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 12 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 25 november 2021 heeft het Zorginstituut aan de commissie het volgende verklaard:

"De Phonak Audéo M90-R. AHO oplaadbare hoortoestellen zijn blijkens de voorliggende informatie niet in de hoortoestellendatabase opgenomen. Het zijn zogeheten 'vrije markt'- of buitencategorie hoortoestellen.

Om in aanmerking te komen voor vergoeding van buitencategorie hoortoestellen moet gedegen onderbouwd zijn waarom een verzekerde, op grond van zijn of haar gehoorverlies, niet uitkomt met hoortoestellen uit de database. De audicien, waar verzoeker de Phonak Audéo hoortoestellen kocht, is blijkens de nota een StAr-gecertificeerde audicien. Volgens informatie op de website van de audicien werkt deze ook volgens het Keuzeprotocol Hoorzorg. Uit de voorliggende informatie blijkt niet dat hoortoestellen uit de hoortoestellendatabase zijn uitgetoetst. Ook ontbreekt een onderbouwing van de audicien of van een audiologisch centrum waaruit blijkt dat sprake is van een bijzondere zorgvraag, en dat waarom verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de database.

Conclusie

Behalve de nota d.d. 11-12-2020 is er bij de voorliggende stukken geen informatie van de audicien of van een audiologisch centrum aanwezig. In hoeverre verzoeker aangewezen is/zou zijn op een buitencategorie hoortoestel is dan ook niet te beoordelen. Dit zou nader onderzocht moeten worden, door bijvoorbeeld het opvragen van nadere onderbouwing/informatie bij de audicien.

Nader onderzoek:

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 3.6. Bij brief van 14 januari 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"Zoals in het voorlopig advies d.d. 25 november 2021 aangegeven, komt een verzekerde over het algemeen uit met een hoortoestel uit de database, passend bij de categorie waarin hij/zij is ingedeeld. Als dit niet het geval is, kan een buitencategorie hoortoestel alleen vanuit de basisverzekering worden vergoed als de aanvraag voor een buitencategorie hoortoestel gedegen onderbouwd is waarom een verzekerde, op grond van zijn of haar gehoorverlies, niet uitkomt met de hoortoestellen uit de database. Daarnaast moeten doorgaans twee hoortoestellen uit de database zijn uitgeprobeerd. Alle gecontracteerde StAr-gecertificeerde audiciens zijn van deze procedure c.q. het protocol op de hoogte en dienen dit ook met hun cliënten/verzekerden te bespreken, zodat deze een goed geïnformeerde keuze kan maken. De hoortoestellendatabase bevat ruim 1400 hoortoestellen en ook nieuw ontwikkelde hoortoestellen worden aan deze database toegevoegd. Doorgaans hebben audiciens een specifiek assortiment, vaak met een voorkeur voor bepaalde merken hoortoestellen, waardoor audiciens niet alle soorten hoortoestellen uit de database aan hun cliënten zullen of kunnen aanbieden.

Hoewel de audicien aangeeft overtuigd te zijn dat de 'vrije markt'/buitencategorie hoortoestellen de beste keuze zijn voor verzoeker, is hiermee niet aangetoond dat een (geavanceerd) hoortoestel uit de database niet had volstaan voor verzoeker.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de buitencategorie hoortoestellen ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen volledig, althans tot het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor aan de gecontracteerde leverancier zou hebben betaald, moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18.4 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, en in het bijzonder de aanspraak op hoortoestellen, alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over de derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid, en over ongerechtvaardigde verrijking, 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 verzoeker

- 6.2. Verzoeker verklaart dat de termijn van vijf jaren, waarop de ziektekostenverzekeraar zich beroept, op drie dagen na was verstreken ten tijde van de aanschaf van de hoortoestellen. Het beroep op deze termijn noemt hij onereus en in strijd met de redelijkheid en billijkheid. Hij merkt op dat zijn vorige, bij een gecontracteerde leverancier aangeschafte hoortoestellen, nooit goed hebben gefunctioneerd, en dat zijn klachten hierover niet goed werden opgelost. Volgens verzoeker zou hij in ieder geval de zelfde vergoeding moeten krijgen als die hij zou hebben ontvangen in geval van aanschaf van de hoortoestellen bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier. Hij verwijst hierbij naar een passage op de website van de ziektekostenverzekeraar, waaruit blijkt dat alleen de 'meerprijs' voor rekening van de verzekerde blijft. Verzoeker voert aan dat sprake is van ongerechtvaardigde verrijking van hetzij de ziektekostenverzekeraar hetzij het Rijk. Daartegenover staat een verarming van zijn kant. Verzoeker tekent bij dit alles aan dat de verzekeringsvoorwaarden eenzijdig zijn opgelegd door de ziektekostenverzekeraar. Hoewel voor het geschil niet relevant, merkt verzoeker nog op dat hij in coronatijd er de voorkeur aan geeft kleine plaatselijke ondernemers te steunen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de vervangingstermijn van vijf jaren door hem strikt wordt gehanteerd. Binnen deze termijn kunnen alleen vervangende hoortoestellen worden vergoed als de oude hoortoestellen niet meer adequaat zijn. Het is niet gebleken dat de oude hoortoestellen niet meer adequaat waren. Ook indien eraan zou worden voorbijgegaan dat de vervangingstermijn ten tijde van de aanschaf nog niet was verstreken, geldt dat in de situatie van verzoeker geen medische noodzaak bestond voor de aanschaf van buitencategorie hoortoestellen. De te volgen procedure is dat de audicien eerst onderzoekt of de verzekerde uit kan met een hoortoestel uit categorie 1 tot en met 5, zoals opgenomen in de database. Vervolgens kan verwijzing naar een audiologisch centrum plaatsvinden, waar de mogelijkheden verder worden onderzocht. Is een hoortoestel uit categorie 1 tot en met 5 inderdaad geen oplossing, dan kan een aanvraag worden gedaan voor een buitencategorie toestel. Hierop beslist de ziektekostenverzekeraar. Gedeeltelijke vergoeding van kosten is onder de gegeven omstandigheden niet aan de orde. Tot slot verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij hierop voor verzoeker geen uitzondering maakt. De omstandigheid dat verzoeker niet bekend is met de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen komt voor zijn risico. Het had op zijn weg gelegen de toepasselijke voorwaarden op te zoeken of op te vragen. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker dit heeft gedaan.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.4. De commissie overweegt dat bij de totstandkoming van de Zvw de wetgever ervan is uitgegaan dat de doelmatigheid van de zorg een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet het onderwerp is van wettelijke voorschriften. Een eventueel doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerde om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden (Stb. 2005, 389, p. 37). De in artikel 4.4.1 van het Reglement Hulpmiddelen 2020 (hierna: het reglement) opgenomen minimale vervangingstermijn van vijf jaren moet in dit licht worden gezien. Is voortijdige vervanging noodzakelijk, dan kan deze termijn een verzekerde niet worden

teggeworpen, aangezien te allen tijde aanspraak bestaat op een adequaat functionerend hulpmiddel.

Verzoeker heeft aangevoerd dat zijn vorige hoortoestellen niet goed functioneerden en dat zijn klachten hierover niet door de - gecontracteerde - leverancier werden verholpen. Hij geeft deze stelling evenwel op geen enkele wijze onderbouwd. Met name heeft hij geen inzicht gegeven in de aard van de klachten en in de contacten die hij hierover had met de leverancier. Daarnaast heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar niet om toestemming verzocht, hoewel artikel 4.4.1 van het reglement hiertoe verplicht in geval van voortijdige vervanging.

Het moet er dan ook voor worden gehouden dat verzoeker, ten tijde van de aanschaf van de onderhavige hoortoestellen, de beschikking had over een adequaat functionerend hulpmiddel. Dit betekent tevens dat de vervangingstermijn hem kan worden tegengeworpen. Dat deze enkele dagen later al zou verstrijken is niet relevant, nu de termijn van vijf jaren immers tussen partijen is overeengekomen. Pas na ommekomst hiervan zal de ziektekostenverzekeraar de aanvraag tot vervanging van het hulpmiddel niet afwijzen op grond van ontoelmatigheid.

- 6.5. Nu verzoeker de beschikking had over adequaat functionerende hoortoestellen, mocht de ziektekostenverzekeraar oordelen dat vervanging niet doelmatig was, ook al resteerden nog maar enkele dagen.

Dat toepassing van de termijn van vijf jaren in de gegeven omstandigheden tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, vermag de commissie niet in te zien. De 'escape' is immers - zoals hiervoor is toegelicht - dat voortijdige vervanging met toestemming van de ziektekostenverzekeraar altijd mogelijk is indien geen sprake meer is van een adequaat functionerend hulpmiddel. Daarbij geldt dat verzoeker het nu gerezen probleem eenvoudig had kunnen voorkomen door even te wachten met de aanschaf, en zijn oude hoortoestellen nog enkele dagen langer te gebruiken.

- 6.6. Of in dat geval de ziektekostenverzekeraar zou zijn gehouden de hoortoestellen van het type Phonak Audio M90-R AHO te vergoeden, is een andere kwestie.

De commissie overweegt in dit verband 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. 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 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. Deze procedure is door verzoeker niet gevolgd, en dit is reden vergoeding te weigeren.

- 6.7. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij in ieder geval in aanmerking dient te komen voor de vergoeding die de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier zou hebben ontvangen, waarbij door verzoeker is verwezen naar de website. Naar de commissie begrijpt zou die vergoeding bij voortijdige vervanging of bij levering van een 'buitencategorie' hoortoestel zonder dat betrokkene hierop is aangewezen € 0,- hebben bedragen. Het laatste blijkt ook uit artikel 4.4.1 van eerder genoemd reglement. Hierin is tevens expliciet bepaald dat bijbetalen voor een dergelijk hoortoestel niet mogelijk is. Dit geldt in alle gevallen, dus ongeacht of aflevering geschiedt door een gecontracteerde of door een niet-gecontracteerde leverancier. Ook een gedeeltelijke vergoeding is dus niet aan de orde.

Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd over ongerechtvaardigde verrijking, maakt het voorgaande niet anders. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden tot vergoeding op grond van de zorgverzekering en er is geen sprake van ongerechtvaardigde verrijking aan de zijde van

de ziektekostenverzekeraar. Dat verzoeker stelt verarmd te zijn, doordat de kosten van de hoortoestellen nu voor zijn rekening blijven, is het gevolg van eigen keuzes, te weten: vervanging binnen de termijn van vijf jaren en de aanschaf van niet-geïndiceerde 'buitencategorie' hoortoestellen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 maart 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 212

1. Hij die ongerechtvaardigd is verrijkt ten koste van een ander, is verplicht, voor zover dit redelijk is, diens schade te vergoeden tot het bedrag van zijn verrijking.
2. Voor zover de verrijking is verminderd als gevolg van een omstandigheid die niet aan de verrijkte kan worden toegerekend, blijft zij buiten beschouwing.
3. Is de verrijking verminderd in de periode waarin de verrijkte redelijkerwijze met een verplichting tot vergoeding van de schade geen rekening behoefde te houden, dan wordt hem dit niet toegerekend. Bij de vaststelling van deze vermindering wordt mede rekening gehouden met uitgaven die zonder de verrijking zouden zijn uitgebleven.

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

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.

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

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

Het specifieke hulpmiddel moet gerelateerd zijn aan de visuele stoornis.

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

4.4 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Hieronder vallen:

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

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

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

Artikel regeling: 2.6 sub c verder uitgewerkt in 2.10

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

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

4.4.1 Hoortoestellen, afstandsbediening en oorstukjes

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

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

4.4.2 Cros / Bi-cros hoortoestellen

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;

b toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten;

c verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;

b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;

c een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel A.2.1.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel B.31.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;

b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor

geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten; en

b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en

c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:

