

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen.H : A te B tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, Keuzeprotocol Hoorzorg, gelijkheidsbeginsel  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.10 Rzv  
Zaaknummer : 202102221  
Zittingsdatum : 22 juni 2022

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 24 november 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen 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 en heeft bij brief van 9 december 2021 zijn verzoek aan de commissie nader toegelicht. Op 16 december 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 28 maart 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 april 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 4 mei 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022014423) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 mei 2022 aan partijen gestuurd. Verzoeker heeft bij brief van 16 mei 2022 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Hierop heeft de commissie verzoeker op 18 mei 2022 een brief gestuurd. Afschriften van beide brieven zijn op 18 mei 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 22 juni 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en een kopie van de brief van verzoeker van 16 mei 2022 zijn aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 4 mei 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 7 juli 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering UC Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Aan verzoeker zijn hoortoestellen geleverd die in de zogenoemde buitencategorie zijn ingedeeld. De kosten hiervan zijn door de leverancier met de factuur van 28 mei 2021 bij hem in rekening gebracht. De leverancier van de hoortoestellen heeft aan verzoeker meegedeeld dat hij hiervoor geen vergoeding ontvangt van de zorgverzekeraar.
- 3.3. Bij brief van 10 augustus 2021 is verzoeker bij de zorgverzekeraar opgekomen tegen het feit dat aan hem geen vergoeding wordt toegekend. Op 13 september 2020 heeft de zorgverzekeraar per e-mail aan verzoeker bevestigd de kosten van de hoortoestellen niet te vergoeden.

3.4. Bij brief van 4 oktober 2021 heeft verzoeker om heroverweging van voornoemde beslissing gevraagd. Op 25 oktober 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. Bij brief van 4 mei 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard, voor zover hier relevant:  
 "(...) Aanspraak op een hoortoestel voor zover van toepassing  
 Volgens artikel 2.10, eerste lid, onderdeel a, van de Rzv omvatten hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB of ernstig oorsuizen.

Redelijkerwijs aangewezen zijn op

Volgens artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv), heeft een verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij/zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Een hulpmiddel moet geschikt zijn om de beperkingen/ belemmeringen van een verzekerde in aanvaardbare mate te compenseren en dienen de concrete feiten en omstandigheden waarin de individuele verzekerde op het gebruik is aangewezen, richtinggevend te zijn.

Doelmatigheid

Vervolgens is het uitgangspunt dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Hierbij kunnen de kosten in overweging worden genomen. De verstrekking moet niet onnodig duur zijn. Van een onnodig dure voorziening is sprake als in plaats van deze voorziening goedkopere adequate, alternatieve hulpmiddelen voorhanden zijn.

Adequaat hulpmiddel

Een verzekerde heeft ingevolge artikel 2.9, eerste lid, van het Bzv (te allen tijde) recht op een goed functionerend hulpmiddel, passend bij de beperking van de verzekerde (dus adequaat).

Keuzeprotocol Hoorzorg

Er is een Keuzeprotocol Hoorzorg ontwikkeld om artikel 2.1, derde lid, van het Bzv toe te passen op de hoorzorg. Een verzekerde krijgt door toepassing van dit landelijke geldende protocol in principe datgene waarop hij/zij redelijkerwijs is aangewezen.

Het Keuzeprotocol Hoorzorg bestaat in beginsel, samengevat, uit de volgende stappen:

- een uitgebreide hoortest,
- een uitgebreide vragenlijst (zogeheten 'Amsterdamse vragenlijst', om te achterhalen welke beperkingen de patiënt ervaart in het horen en verstaan en wat de belangrijke (luister)situaties zijn waar verbetering moet komen),
- bepaling van de zorgvraag door de audicien/audioloog, op basis van de uitslag van de gehoortest en vragenlijst, en
- keuze voor een hoortoestel uit de categorie die bij de zorgvraag past.

Er is een landelijke hoortoestellendatabase ontwikkeld, waarin de hoortoestellen opgenomen zijn die voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. Er zijn vijf categorieën waarin de hoortoestellen zijn ingedeeld. Deze indeling is gebaseerd op de zorgvraag en de complexiteit van het gehoorprobleem. Categorie 5 betreft hoortoestellen met een gehooroplossing voor de meest complexe gehoorproblemen (zwaar gehoorverlies). De indeling van deze hoortoestellen in de vijf categorieën is gedaan door onafhankelijke audiciens, audiologen en wetenschappers. Hoortoestellen die niet in deze database zijn opgenomen worden in de praktijk ook wel 'buitencategorie', 'vrije markt' of 'categorie 6' hoortoestellen genoemd. Hoortoestellen die niet zijn opgenomen in de hoortoestellendatabase, zijn niet per se kwalitatief beter dan hoortoestellen binnen de database. Financiële en/of commerciële overwegingen kunnen bijvoorbeeld meespelen voor een fabrikant om hoortoestellen wel of niet voor opname in de database aan te bieden.

Daarnaast kunnen audiciens bijvoorbeeld een voorkeur hebben voor een specifiek assortiment, waarin niet alle merken hoortoestellen (dus ook niet alle hoortoestellen binnen de database) zijn opgenomen.

De hoortoestellendatabase bevat ruim 1400 hoortoestellen en is niet statisch: ook nieuw ontwikkelde hoortoestellen worden aan deze database toegevoegd. Het Zorginstituut heeft geen inzicht in de hoortoestellendatabase. Over het algemeen komt een verzekerde 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 toch worden vergoed ten laste van de basisverzekering als sprake is van een bijzondere zorgvraag. Bij de aanvraag voor een buitencategorie hoortoestel moet gedegen onderbouwd zijn waarom een verzekerde, op grond van zijn of haar gehoorverlies, niet uitkomt met de hoortoestellen uit de database (doorgaans wordt dit onderbouwd door een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum). 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.

#### Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Blijkens de bij het dossier gevoegde aanpasbonnen heeft verzoeker vrije markt hoortoestellen, Phonak Audéo P50-R (oplaadbaar), respectievelijk categorie 4 hoortoestellen, AudioNova DX 50 R 312, uitgeprobeerd. De keuze viel op de Phonak Audéo P50-R hoortoestellen. Verzoeker geeft aan dat deze hem het beste bevielen.

Nu bij de aanvraag voor vergoeding van het vrije markt hoortoestel geen medisch-inhoudelijke onderbouwing is waarom verzoeker, op grond van zijn gehoorverlies, niet uitkomt met een hoortoestel binnen de database, kan niet worden vastgesteld dat er sprake is van een bijzondere zorgvraag op grond waarvan verzoeker aangewezen zou zijn op Phonak Audéo P50-R hoortoestellen.

Zoals hierboven reeds is uitgelegd, is de adviestaak van het Zorginstituut beperkt tot twee vragen. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. De vraag of verzoeker kan bijbetalen voor zijn hoortoestellen, ligt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut. (...)"

#### 4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat toepassing van het Keuzeprotocol Hoorzorg in zijn situatie leidt tot een perverse prikkel te kiezen voor kwalitatief minder goede hoortoestellen en dat toepassing hiervan in strijd is met het gelijkheidsbeginsel.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 6. Beoordeling

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

### *Standpunt verzoeker*

- 6.2. Verzoeker heeft verklaard dat hij twee typen hoortoestellen heeft geprobeerd en ervoor heeft gekozen de meer hoogwaardige toestellen aan te schaffen, die in de praktijk ook aanzienlijk beter bevielen. Van de audiciens begreep verzoeker dat hij hiervoor geen vergoeding zou krijgen, terwijl een vergoeding van € 978,- zou zijn toegekend door de zorgverzekeraar als hij voor de andere toestellen had gekozen. Hoewel het volgens verzoeker voorstelbaar is dat de meerkosten voor zijn rekening blijven, meent hij dat het weigeren van enige vergoeding een perverse prikkel is die verzekerden dwingt genoeg te nemen met minder goede zorg. Dit acht verzoeker onethisch. Bovendien meent verzoeker dat de toepassing van deze regeling in strijd is met het gelijkheidsbeginsel.

### *Standpunt zorgverzekeraar*

- 6.3. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de aanspraak op hoortoestellen is beoordeeld op grond van de verzekeringsvoorwaarden. Hierin is vermeld dat een verzekerde kan kiezen uit een hoortoestel uit categorie 1 t/m 5. De zorgverzekeraar is van mening dat hiermee een passende hooroplossing wordt geboden. Als de audiciens van oordeel is dat dit laatste niet het geval is, kan een verzekerde worden doorverwezen naar een audiologisch centrum en kan worden vastgesteld of een verzekerde is aangewezen op een hoortoestel uit de zogenoemde buitencategorie. Dit laatste is in de situatie van verzoeker niet aan de orde. Er is niet gebleken dat hij niet kan uitkomen met een hoortoestel uit categorie 1 t/m 5. Dat verzoeker er toch voor heeft gekozen een ander hoortoestel aan te schaffen, betekent dat de kosten hiervan voor eigen rekening blijven.

### *Overwegingen commissie*

- 6.4. Een verzekerde kan slechts aanspraak maken op zorg voor zover hij hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit volgt uit artikel 2.1, derde lid, Bzv. Daarnaast moet sprake zijn van doelmatige zorg. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 Bzv blijkt dat doelmatigheid volgens de wetgever geen onderwerp is van wettelijke voorschriften, maar een onderwerp dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Het is dan ook aan de zorgverzekeraar en de verzekerde eventuele afspraken over het doelmatigheidsvereiste op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden. Voor hoortoestellen heeft dit vorm gekregen via het Keuzeprotocol Hoorzorg (hierna: het Keuzeprotocol). Het Keuzeprotocol is van toepassing verklaard in het 'Reglement Hulpmiddelen' van de zorgverzekeraar.
- 6.5. Op grond van het Keuzeprotocol komt een verzekerde, afhankelijk van de (medische) indicatie die is gesteld en de categorie waarin hij wordt ingedeeld, in aanmerking voor een hoortoestel uit categorie 1 t/m 5 zoals opgenomen in de zogenoemde hoortoestellendatabase. Uitgangspunt is dat een verzekerde met dit hoortoestel uit kan komen en het hoorprobleem hiermee adequaat wordt opgelost. Indien een verzekerde niet kan uitkomen met een hoortoestel uit categorieën 1 t/m 5 kan sprake zijn van een individuele zorgvraag, op grond waarvan aanspraak bestaat op een hoortoestel in de zogenoemde buitencategorie. Het is aan een audiologisch centrum om vast te stellen of dit aan de orde is.

- 6.6. Verzoeker heeft ervoor gekozen hoortoestellen uit de buitencategorie aan te schaffen, nadat hij deze toestellen en toestellen uit de geïndiceerde categorie had geprobeerd. Hiervoor heeft hij geen vergoeding ontvangen, omdat niet is gebleken dat sprake is een bijzondere individuele zorgvraag die is vastgesteld door een audiologisch centrum. Ter zitting is dit laatste door verzoeker erkend. De commissie concludeert dat niet is gebleken dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de door hem afgenomen hoortoestellen. Hij meent echter dat in zijn geval ten minste recht bestaat op de maximale vergoeding die aan hem zou zijn toegekend als hij wél een hoortoestel uit de hoortoestellendatabase had aangeschaft. De commissie deelt deze opvatting van verzoeker niet. De zorgverzekering voorziet niet in de mogelijkheid dat niet-verzekerde zorg of zorg waarop betrokkene niet is aangewezen wordt vergoed tot het bedrag dat maximaal zou zijn vergoed in geval van wel verzekerde zorg respectievelijk zorg waarop diegene is aangewezen. Er is - met andere woorden - geen ruimte voor substitutie. Dat het voorgaande zou leiden tot de perverse prikkel een hoortoestel af te nemen dat kwalitatief minder goed is, kan de commissie niet volgen. Verzoeker heeft weliswaar gesteld dat de door hem aangeschafte hoortoestellen hoogwaardiger zijn en in de praktijk beter bevallen, maar hieruit volgt niet dat hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie slechter zijn of dat verzoeker niet met deze hoortoestellen zou uit kunnen. Teneinde dat laatste vast te stellen had verzoeker een audiologisch centrum moeten bezoeken, hetgeen hij echter heeft nagelaten.
- 6.7. Het beroep op het gelijkheidsbeginsel slaagt niet, immers hiervoor is vereist dat sprake is van gelijke gevallen die ongelijk worden behandeld. De situatie van verzoeker - waarin door hem wordt gekozen voor hoortoestellen uit de buitencategorie, terwijl hij hierop redelijkerwijs niet is aangewezen - is niet gelijk aan de situatie van een verzekerde met een bijzondere individuele zorgvraag, zoals vastgesteld door een audiologisch centrum, of de situatie van een verzekerde die hoortoestellen uit categorie 1 t/m 5 heeft afgenomen en vergoed heeft gekregen.

## 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 augustus 2022

J.W. Heringa

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/bruikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
<b>Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (artikel 2.10 Regeling zorgverzekering), zoals:</b>						
hoortoestellen categorie 1 tot en met 5, (bi)cros zender, oorstukjes en tinnitusmaskeerder	eigendom	StAr geregistreerd audicien die werkt in een winkel met het 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.	<p><b>Eigen bijdrage vanaf 18 jaar:</b> U bent een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de aanschafkosten.</p> <p><b>Gebruikstermijn</b> U kunt uw hoortoestel, (bi)cros zender en tinnitusmaskeerder minimaal 5 jaar gebruiken.</p> <p><b>Bijzonderheden</b> 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.</p> <p>Deels implanteerbare hoortoestellen worden alleen vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.</p> <p>Heeft u een Bewuzt Basis, IZZ Basisverzekering, Variant Bewuzt of Univé Zorg Select polis? Dan hebben wij voor deze hulpmiddelen met een select aantal zorgaanbieders contracten gesloten. Kijk voor meer informatie op onze website.</p>
ringleidingen, infrarood-apparatuur, FM-apparatuur, bluetooth-apparatuur of daarmee gelijk te stellen apparatuur	eigendom	StAr geregistreerd audicien 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.	<p><b>Gebruikstermijn</b> U kunt de apparatuur minimaal 5 jaar gebruiken. U heeft 5 jaar garantie bij een gecontracteerde zorgaanbieder.</p> <p><b>Bijzonderheden</b> Heeft u een Bewuzt Basis, IZZ Basisverzekering, Variant Bewuzt of Univé Zorg Select polis? Dan hebben wij voor deze hulpmiddelen met een select aantal zorgaanbieders contracten gesloten. Kijk voor meer informatie op onze website.</p>
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.	<p><b>Bijzonderheden</b> 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.</p> <p><b>Maximale vergoeding</b> De tegemoetkoming in de gebruikskosten bedraagt € 97 per maand.</p>
solo-apparatuur	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 gebruikstermijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	



# I. Algemeen gedeelte

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De UC Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

#### Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

#### Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

### 1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

### 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Let op**

Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

#### **Recept (voorschrift)**

Huisarts, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist.

#### **Toestemming**

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming kunt u gebruikmaken van het door uw huisarts voorgeschreven recept of de door uw medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten).

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **HULPMIDDELENZORG**

### **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.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding 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.

---

## 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.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in [artikel 2.8](#);
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in [artikel 2.9](#);
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in [artikel 2.10](#);
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in [artikel 2.11](#);
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in [artikel 2.12](#);
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in [artikel 2.13](#);
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [Red: vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in [artikel 2.16](#);
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in [artikel 2.17](#);
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in [artikel 2.18](#);
- l. injectiespuiten als omschreven in [artikel 2.19](#);
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in [artikel 2.22](#);
- q. [Red: vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in [artikel 2.24](#);
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in [artikel 2.26](#);
- u. [Red: vervallen;]
- v. [Red: vervallen;]
- w. [Red: vervallen;]
- x. [Red: vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [Red: vervallen;]
- aa. [Red: vervallen;]
- bb. [Red: vervallen;]
- cc. [Red: vervallen;]
- dd. [Red: vervallen;]
- ee. [Red: vervallen;]
- ff. [Red: vervallen;]
- gg. [Red: vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in [artikel 2.29](#).

## **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.