



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: De heer A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, categorie, substitutie
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer	: 201901556
Zittingsdatum	: 8 januari 2020

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

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 11 september 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 november 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 12 november 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 10 december 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019056318) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 11 december 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op gehoord.
- 2.5. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar een schriftelijke toelichting zou geven op zijn beleid geen substitutie toe te passen. Dit heeft hij bij brief van 15 januari 2020 gedaan. Een kopie hiervan is op 16 januari 2020 aan verzoeker gezonden. Hij is hierbij in de gelegenheid hierop binnen tien dagente reageren. Verzoeker heeft op 16 januari 2020 schriftelijk gereageerd. Een afschrift van zijn reactie is op 22 januari 2020 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 22 januari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 27 januari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Restitutiepolis (hierna: de zorgverzekering). Tevens werd een aanvullende ziektekostenverzekering Tand (75% € 250,--) afgesloten.
- 3.2. Verzoeker heeft een hoorprobleem aan beide oren. De audicien heeft vastgesteld dat hij is aangewezen op hoortoestellen uit categorie 5. Verzoeker heeft om hem moverende redenen gekozen voor twee hoortoestellen uit de zogenoemde buitencategorie. Dit betekent dat deze niet zijn opgenomen in de categorieën 1 tot en met 5 van het ZN Keuzeprotocol Hoorzorg.

- 
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 juni 2019 telefonisch aan verzoeker meegedeeld dat de hoortoestellen niet worden vergoed. Op 24 juni 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar een declaratieoverzicht in de persoonlijke online-omgeving van verzoeker gezet. Uit dit declaratieoverzicht blijkt eveneens dat de gedeclareerde hoortoestellen niet worden vergoed.
- 
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om een toelichting op deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker zijn beslissing toegelicht.
- 
- 3.5. Bij brief van 10 december 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"Uit de voorliggende stukken blijkt dat de keuze voor het gevraagde type hoortoestel gebaseerd is op het feit dat deze via bluetooth gekoppeld kan worden met de mobiele telefoon van verzoeker. Voor mobiele telefonie bij hoortoestellen bestaan echter ook andere opties. Uit de voorliggende stukken blijkt niet dat er een zorginhoudelijke reden is (bijzondere zorgvraag) op grond waarvan verzoeker niet zou uitkomen met een categorie 5 hoortoestel."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem de kosten van de aangeschafte hoortoestellen moet vergoeden tot het bedrag dat twee hoortoestellen uit categorie 5 kosten.
- 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. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

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. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, maakt de ziektekostenverzekeraar gebruik van het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Dit protocol kent een indeling 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 4 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2019'. In dit reglement is opgenomen dat op basis van het 'Hoorzorgprotocol' wordt bepaald op welk type hoortoestel de verzekerde recht heeft. Gedoeld wordt hier op het reeds genoemde ZN keuzeprotocol Hoorzorg. In dit protocol is onder andere bepaald dat 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 moet objectief worden aangetoond, met aanvullende testen en bijkomende gegevens, dat het niet mogelijk is de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing.
- 
- 

- 6.3. Verzoeker is geïndiceerd voor hoortoestellen uit categorie 5. De door hem aangeschafte hoortoestellen Phonak audeo M70-R vallen onder de buitencategorie. Verzoeker heeft voor deze hoortoestellen gekozen, omdat zij oplaadbaar zijn en kunnen worden gekoppeld aan zijn smartphone. Verzoeker is ondernemer en moet daarom veel (mobiel) telefoneren. Met deze hoortoestellen kan hij via bluetooth verbinding maken met zijn smartphone en goed verstaanbaar een gesprek voeren.
Dat de meerkosten van deze hoortoestellen voor zijn rekening blijven, vindt verzoeker acceptabel. De ziektekostenverzekeraar wil de kosten echter niet vergoeden, ook niet gedeeltelijk. Verzoeker benadrukt dat hij een restitutieverzekering heeft afgesloten, omdat hij dan kan kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder.
Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat andere zorgverzekeraars in een situatie als de onderhavige wel een deel van de kosten vergoeden. De zorgverzekering zou voor iedereen gelijk moeten zijn. Daarnaast heeft verzoeker verklaard dat hij wel goed kon horen met de hoortoestellen uit categorie 5 die hij heeft geprobeerd. Deze hadden echter niet de extra functies waarover zijn huidige hoortoestellen beschikken.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hoortoestellen worden vergoed als deze in categorie 1 tot en met 5 zijn opgenomen. Alleen als het hoorprobleem niet kan worden opgelost met een toestel uit voornoemde categorieën, kan een hoortoestel uit de buitencategorie worden vergoed. Hiervoor dient een audioloog van het audiologisch centrum verschillende hoortoestellen uit categorie 1 tot en met 5 te testen. Als uit de testen blijkt dat het hoorprobleem inderdaad niet op te lossen is met hoortoestellen uit categorie 1 tot en met 5, kan de audioloog een aanvraag voor hoortoestellen uit de buitencategorie indienen bij de ziektekostenverzekeraar.
De hoortoestellen in de database zijn voor de correctie van stoornissen in de hoorfunctie van verzoeker adequaat. Uit zorginhoudelijk oogpunt is het niet noodzakelijk hoortoestellen aan verzoeker te verstrekken die technisch meer mogelijkheden hebben. De zorgverzekering kent niet de mogelijkheid van substitutie, aldus de ziektekostenverzekeraar.
- 6.5. In de brief van 15 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar een nadere toelichting gegeven op zijn substitutiebepaling. Als een bedrag wordt vergoed voor een hoortoestel dat niet is geleverd, is sprake van 'substitutie'. De Zvw kent uitsluitend vergoeding van kosten voor de zorg die is geleverd. Als een ander hoortoestel is geleverd, dan waarvoor is geïndiceerd, dan heeft betrokkene volgens de ziektekostenverzekeraar strikt genomen niet de juiste zorg ontvangen. Daarnaast is het toestaan van bijbetalen niet altijd in het belang van verzekerden. Uit signalen uit het veld is gebleken dat leveranciers verzekerden soms ten onrechte een aanbeveling deden voor een andere, duurdere categorie hoortoestellen met onnodige en hoge bijbetalingen tot gevolg. Het hoorprotocol werkt goed en zorgt ervoor dat verzekerden een doelmatig en adequaat hoortoestel kunnen krijgen.
- 6.6. Verzoeker heeft met zijn brief van 15 januari 2020 gereageerd op voornoemde brief van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker benadrukt dat door de zorgaanbieder hoortoestellen zijn geleverd die passen bij het door de KNO-arts vastgestelde gehoorverlies, en dat hij dus de juiste zorg heeft ontvangen. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzekerden worden geconfronteerd met hoge bijbetalingen doordat audiciens bewust andere hoortoestellen aanbieden, heeft geen betrekking op de situatie van verzoeker. Verzoeker heeft hoortoestellen uit categorie 5 geprobeerd. Hiermee kan verzoeker echter geen headset gebruiken. Met de door hem aangeschafte hoortoestellen kan hij via bluetooth toch handsfree telefoneren. Daarnaast zijn deze hoortoestellen oplaadbaar, wat een stuk praktischer is in het gebruik.
- 6.7. De commissie overweegt dat op hoortoestellen uit de buitencategorie pas aanspraak bestaat als op zorginhoudelijke gronden niet kan worden volstaan met hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie.
Verzoeker heeft verklaard dat hij heeft gekozen voor de door hem aangeschafte hoortoestellen omdat zowel de oplaadmogelijkheid als de bluetooth koppeling met zijn smartphone voor hem

essentieel is. Dat hij op zorginhoudelijke gronden niet uit kan met hoortoestellen uit categorie 5, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt.

Substitutie

- 6.8. De zorgverzekering voorziet niet in de mogelijkheid van substitutie, dat wil zeggen de vergoeding van niet-verzekerde zorg op basis van de bespaarde kosten van wél verzekerde zorg. Dit staat ook vermeld in artikel 4.4.1 van het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft aangevoerd dat hoortoestellen zijn geleverd die passen bij zijn gehoorverlies, en dat dus de juiste zorg is geleverd. De commissie overweegt dat verzoeker volgens de polisvoorwaarden aanspraak heeft op hoortoestellen uit categorie 5. De aangeschafte hoortoestellen komen echter uit de buitencategorie. Zoals in 6.7 is vastgesteld, is daarom in dit geval geen sprake van verzekerde zorg. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Verzoeker heeft in dit kader voorts aangevoerd dat hij een restitutieverzekering heeft. De commissie merkt op dat met een restitutiepolis betrokkene zich ook tot niet-gecontracteerde zorgaanbieders kan wenden, echter alleen om daar verzekerde zorg en andere diensten af te nemen.

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 februari 2020,

G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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 Slechthzienden Voor een hond is een voorschrift noodzakelijk van de behandelend medisch specialist of een Regionaal Centrum voor Blinden en Slechthzienden	
Gebruikstermijn	• 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. • 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	- Verzekerden tot 18 jaar kunnen zich wenden tot een audiologisch centrum. Hiervoor is een verwijzing van de behandelend arts of een StAr geregistreeerde audicien nodig - Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar de StAr geregistreeerde audicien. Deze werkt met de meest recente versie van het landelijk Hoorzorgprotocol en levert toestellen die zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database.
Gebruikstermijn	- 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?	- 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?	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. U bent daarnaast eigen risico verschuldigd voor oorstukjes, dit geldt niet voor hoortoestellen. 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 landelijke Hoorzorgprotocol? Dan vergoeden wij dit niet. 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.

4.4.2 Cros / Bi-cros hoortoestellen

Bruikleen of eigendom?	In bruikleen	
Toestemming nodig?	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	Nee. Bij een gehoorverlies van 70dB of meer kunt u direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier
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?	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. U bent daarnaast geen eigen risico verschuldigd. 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 landelijke Hoorzorgprotocol? Dan vergoeden wij dit niet. 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.	

4.3.2 Voor deze zorg kunt u ook bij niet gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit artikel 4.3.1 niet. Het gaat om:

- a. spoedeisende zorg;
- b. verloskunde;
- c. kaakchirurgie;
- d. behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- e. zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- f. vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m e, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel 15.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op! Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis FBTO afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.3.4 Restitutiepolis (FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis)

Heeft u een restitutiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener?

Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel 15.

Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de FBTO Zorg basisverzekering naturapolis? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in “natura”). Heeft u de FBTO Zorg basisverzekering restitutiepols? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

Artikel 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 2.1 van de ‘Algemene voorwaarden basisverzekeringen’.

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 31 van de ‘Verzekerde zorg basisverzekeringen’.

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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl 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.

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.

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.

Besluit zorgverzekering

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:

- (...)
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- (...)

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.