

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500126

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 14 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 april 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 4 juni 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is diezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 augustus 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker is aangewezen op orthopedische schoenen. In september 2024 hebben verzoeker en de zorgverzekeraar een tijdelijke afspraak gemaakt over de afhandeling van declaraties van één specifieke, door de zorgverzekeraar gecontracteerde leverancier van orthopedische schoenen.
- 2.3. Op 18 december 2024 heeft verzoeker een e-mailbericht aan de zorgverzekeraar gestuurd met de vraag om de gemaakte afspraak met een kwartaal te verlengen. Bij e-mailbericht van 19 december 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij bereid is de gemaakte afspraak voort te zetten tot eind 2024, waarna hij deze wil evalueren. Partijen hebben hierover via e-mail gecorrespondeerd. Bij e-mailbericht van 20 januari 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de afspraak niet wordt voortgezet.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de voor 2024 met hem gemaakte afspraak over het afhandelen van declaraties van orthopedische

schoenen voort te zetten dan wel dat afgesproken wordt dat de schoenen kunnen worden betaald door verzoeker, die vervolgens de kosten declareert bij de zorgverzekeraar of dat de zorgverzekeraar vergoeding verleent voor niet bruikbare schoenen, maar verzoeker alsdan de vrijheid moet hebben om zich tot een andere orthopedisch schoenmaker te wenden, zonder dan een discussie te hoeven voeren over reeds verleende vergoeding voor orthopedische schoenen.

- 3.2. In zijn brief van 14 april 2025 heeft verzoeker toegelicht dat zijn moeilijke voeten de oorzaak zijn van de problemen die hij in de afgelopen jaren heeft gehad met drie orthopedische schoenmakers. Zijn linkerenkel is zeven keer geopereerd en zijn rechterenkel twee keer. Beide enkels zijn compleet vastgezet. Sinds een complexe operatie in 2019 heeft de behandelend chirurg hoge schoenen met een schacht voorgeschreven. De schachten dienen ter ondersteuning en bescherming van de enkels.
- 3.3. Verzoeker heeft zijn negatieve ervaringen met de diverse leveranciers toegelicht. Hij informeert de leveranciers vooraf over de complexiteit van zijn situatie en zij beloven allemaal de schoenen te kunnen maken, maar telkens blijkt het tegendeel waar. Verzoeker heeft al een keer een klacht ingediend bij een klachtencommissie over een leverancier, maar dit heeft niet het gewenste effect gehad. Het ging hierbij om een niet-onafhankelijke klachtencommissie.
Verzoeker heeft de ervaring dat er bij leveranciers minder wil is om nieuwe schoenen of een deugdelijke aanpassing te maken als de nota al door de zorgverzekeraar is betaald. Een nieuw paar moet vervolgens uit eigen zak worden betaald. Om deze reden hebben verzoeker en de zorgverzekeraar in september 2024 de afspraak gemaakt dat verzoeker de zorgverzekeraar informeert dat hij tevreden is over de schoenen voordat de nota wordt voldaan.
- 3.4. Volgens verzoeker kan het proces als volgt worden verbeterd. De declaratie van de orthopedisch schoenmaker moet van een goedkeuring van de gebruiker zijn voorzien alvorens deze wordt betaald (1). De schoenen kunnen worden betaald door verzoeker, die vervolgens de kosten declareert bij de zorgverzekeraar (2). De zorgverzekeraar hanteert een permanente uitzonderingspositie voor alle leveranciers van orthopedische schoenen in zijn systeem, zoals in dit geval is gebeurd naar aanleiding van de in september 2024 met verzoeker gemaakte afspraak (3). Als de zorgverzekeraar deze uitzondering niet wil maken en vergoeding verleent voor niet bruikbare schoenen, moet verzoeker de vrijheid hebben om zich tot een andere orthopedisch schoenmaker te wenden, zonder dan een discussie te hoeven voeren over reeds verleende vergoeding voor orthopedische schoenen (4).
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij op dit moment geen goede schoenen heeft. In april 2025 heeft hij voor het laatst schoenen geleverd gekregen van de huidige schoenmaker. Deze schoenen zijn weer teruggestuurd naar de maker in Portugal. Eén schoen moet worden aangepast en de andere schoen moet waarschijnlijk opnieuw worden gemaakt. Het is afwachten of de huidige schoenmaker schoenen kan leveren die voldoen. Tot op heden zijn de ervaringen met deze schoenmaker positief. Bij het eerste controlegesprek zag de schoenmaker nog kansen om de schoenen te verbeteren en aan te passen. De schoenmaker lijkt de klachten in ieder geval serieus te nemen. Het is fijn als de schoenen mooi zijn, maar dat is een bijzaak. De schoenen moeten goed passen en er moet goed op kunnen worden gelopen. Mogelijk zijn er nog andere schoenmakers in de regio die kunnen proberen schoenen te leveren.
Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat de chirurg een verwijzing heeft opgesteld met instructies waaraan de schoenen moeten voldoen. Deze verwijzing wordt aan de schoenmakers voorgelegd. Bijna alle schoenen die in het verleden zijn gemaakt voldoen aan de verwijzing van de chirurg. Daar houden de schoenmakers zich aan. Echter, de schoenen voldoen niet aan de behoefte van verzoeker. Zij voelen niet goed. Het gaat vaak al mis bij het maat nemen van de voeten. Dat heeft niets met de verwijzing te maken, maar met de deskundigheid van de aanmeter. De schoenen zijn vaak te breed. Schoenmakers kijken meestal naar of een schoen knelt, dat valt namelijk op. Zij vergeten te kijken waar de schoen te ruim zit. Dat is lastig te constateren. Sommige

schoenmakers houden ook rekening met het dragen van sokken. Anderen maken een gipsmodel zonder sokken. Een schoenmaker die rekening houdt met sokken denkt serieus na over het maken van schoenen.

Op basis van de foto's bij het e-mailbericht van 27 december 2024 kan worden geconcludeerd dat een eerdere schoenmaker een wanprestatie levert.

Verzoeker heeft benadrukt dat hij vier oplossingen heeft voorgesteld. Een simpele oplossing zou zijn dat verzoeker de kosten zelf betaald en achteraf declareert. Dan heeft hij het drukmiddel zelf in handen. Een andere oplossing is dat, als de zorgverzekeraar de kosten van slechte schoenen wil blijven vergoeden, verzoeker de mogelijkheid heeft om een ander paar schoenen aan te schaffen zonder dat de zorgverzekeraar in discussie gaat over het eerste paar dat is geleverd.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de gemaakte afspraak niet wordt voortgezet. In zijn brief van 10 april 2025 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat verzoeker heeft aangegeven dat hij sinds 2021 slechte ervaringen heeft met (orthopedische) schoenmakers. In het kader van service, en bij wijze van uitzondering, heeft de zorgverzekeraar daarom besloten om een signalering in het dossier van verzoeker te plaatsen. Dit hield in dat een declaratie kort “bevroren” werd en dat deze niet direct werd vergoed aan de leverancier.

Bij het maken van deze specifieke afspraak is aangetekend dat dit een tijdelijke regeling betrof, om verzoeker de mogelijkheid te bieden contact te hebben met de orthopedisch schoenmaker om zijn eventuele ontevredenheid te uiten voordat de declaratie door de zorgverzekeraar werd vergoed. De zorgverzekeraar heeft hierbij het specifieke belang van verzoeker voor ogen gehad, en heeft dit gedaan in de hoop het patroon van negatieve ervaringen die verzoeker ondervond te doorbreken.

- 4.2. De zorgverzekeraar heeft getracht te bemiddelen tussen verzoeker en de gecontracteerde leverancier. Dit is echter niet zijn rol. De zorgverzekeraar heeft hierbij verwezen naar artikel 14, vierde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering en de informatie op zijn website.

- 4.3. De zorgverzekeraar heeft verder toegelicht dat hij, om zoveel als mogelijk te kunnen borgen dat een deugdelijk paar schoenen wordt geleverd, als voorwaarde in zijn Reglement Hulpmiddelen heeft gesteld dat sprake moet zijn van een gecontracteerde leverancier die bovendien moet voldoen aan bepaalde kwaliteits- en deskundigheidseisen. Voor orthopedische schoenen betekent dit dat de leverancier hiervan moet zijn aangesloten bij de erkenningsregeling orthopedische technische schoenbedrijven (OSB) van de SEMH (Stichting Erkenning Medische Hulpmiddelenzorg).

Het uitgangspunt is dat problemen met een afgeleverd zorgproduct tussen de klant en de leverancier moeten worden opgelost. Indien een product om welke reden ook niet voldoet, dan kan de klant zich wenden tot de leverancier. Komen zij er samen niet uit, dan is het mogelijk een klacht in te dienen bij de onafhankelijke klachtencommissie van de SEMH om daar een uitspraak over te krijgen. Van betrokkene mag worden verlangd dat een klacht over de kwaliteit van een geleverd hulpmiddel (nadat de klant en de leverancier er onderling niet uitkomen) moet worden voorgelegd aan de klachtencommissie, waarbij de leverancier is aangesloten. Het is niet haalbaar om declaraties van een gecontracteerde leverancier blijvend niet direct te vergoeden door een blokkade of deze af te wijzen totdat een verzekerde tevreden is, vandaar ook de tijdelijkheid van de eerder met verzoeker gemaakte afspraak. Als een verzekerde niet tevreden is, dan zal deze dus de klachtenprocedure moeten doorlopen.

- 4.4. Verder heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat duidelijk naar verzoeker is gecommuniceerd dat de afspraak tijdelijk was en dat de signalering op het dossier intussen is vervallen. De gemaakte afspraak zal niet worden voortgezet, laat staan aangepast in de zin zoals verzoeker die voorstelt.

- 4.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat hij begrijpt dat verzoeker tegen problemen aanloopt. Dit kan heel vervelend uitpakken. Verzoeker is een individueel geval en de zorgverzekeraar heeft getracht hem tegemoet te komen. Op de zorgverzekeraar rust een zorgplicht en dit heeft hij goed afgekaart door alleen maar leveranciers te contracteren die moeten voldoen aan strenge eisen. Bijvoorbeeld dat zij worden erkend door de SEMH. Daarnaast wordt niet gewerkt met niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat de in geding zijnde afspraak is gemaakt uit servicegerichtheid. Het is duidelijk dat het ging om een eenmalige afspraak uit coulance. De zorgverzekeraar heeft eerder schriftelijk uitgelegd dat de afspraak niet kan worden voortgezet. De afspraak hield in dat er een signalering in het dossier zou worden geplaatst, zodat het voor verzoeker mogelijk was om zijn bevindingen met de schoenmaker te delen na de levering. De betaling zou tijdelijk worden bevroren. Het ging het om een tijdelijke oplossing, waarbij is vermeld dat de zorgverzekeraar zou bepalen of voortzetting mogelijk en gewenst was. Het voorstel van verzoeker dat declaraties worden geblokkeerd en dat altijd om zijn mening wordt gevraagd, is onhaalbaar. Als een zorgverlener kosten maakt, is het niet reëel dat deze niet worden vergoed.

Er moet per geval worden bekeken of sprake is van een wanprestatie. Uit hetgeen verzoeker ter zitting heeft verklaard, kan worden opgemaakt dat verschillende schoenmakers schoenen hebben geleverd die voldeden aan de eisen van de chirurg. Deze schoenen waren niet optimaal voor verzoeker. Er is dus een conform product geleverd, maar volgens de subjectieve beleving van verzoeker zitten de schoenen niet goed. Als er meerdere klachten komen over een schoenmaker onderneemt de zorgverzekeraar stappen. Op dit moment is in ieder geval geen sprake van een wanprestatie. Daarbij komt dat de klachtenregeling van de SEMH is bedoeld voor dit soort klachten. De zorgverzekeraar herkent zich niet in de opmerking van verzoeker dat de klachtencommissie niet onafhankelijk is.

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 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de zorgplicht en 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.
- 6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat zij in het jaar 2024 een afspraak hebben gemaakt over de wijze waarop declaraties van een bepaalde, gecontracteerde leverancier van orthopedische schoenen zouden worden afgehandeld. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn destijds overeengekomen dat een declaratie kort “bevroren” werd zodat het voor verzoeker mogelijk was om zijn bevindingen met de schoenmaker met de zorgverzekeraar te delen voordat de declaratie door de zorgverzekeraar zou worden voldaan. Wat partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of deze afspraak moet worden voortgezet dan wel dat afgesproken wordt dat de schoenen kunnen worden betaald door verzoeker, die vervolgens de kosten declareert bij de zorgverzekeraar of dat de zorgverzekeraar vergoeding verleent voor niet bruikbare schoenen, maar verzoeker alsdan de vrijheid moet hebben om zich tot een andere orthopedisch schoenmaker te wenden, zonder dan een discussie te hoeven voeren over reeds verleende vergoeding voor orthopedische schoenen. . De commissie overweegt als volgt.

- 6.3. Verzoeker heeft een combinatiepolis afgesloten bij de zorgverzekeraar. Feitelijk betreft het een restitutiepolis met gecontracteerde zorg. Het karakter van deze verzekering brengt met zich mee dat een verzekerde die zich wendt tot een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder aanspraak heeft op de verzekerde zorg en andere diensten in natura (artikel 11, eerste lid, onder a, Zvw) en verder geen bemoeienis heeft met de wijze waarop de declaratie van deze zorgaanbieder wordt afgewikkeld.

Een verzekerde heeft ook de mogelijkheid de verzekerde zorg en andere diensten te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval bestaat aanspraak op vergoeding tot een door de zorgverzekeraar bepaald bedrag, dat meestal lager zal zijn dan het notabedrag. Dit volgt uit de artikelen 11, eerste lid onder b, en 13 Zvw.

Het staat vast dat verzoeker het orthopedisch schoeisel eerder afnam bij een gecontracteerde leverancier. De commissie stelt voorts vast dat de tussen partijen in september 2024 gemaakte afspraak in afwijking is van de gebruikelijke declaratiesystematiek als het gaat om een gecontracteerde zorgaanbieder. Verder was voor beide partijen van meet af aan duidelijk dat deze afspraak een tijdelijk karakter had, hetgeen ook blijkt uit het verzoek om verlenging van 18 december 2024 van verzoeker. Na evaluatie heeft de zorgverzekeraar besloten geen nieuwe afspraak met verzoeker te maken. De commissie concludeert dat de indertijd gemaakte afspraak rechtsgeldig is geëindigd.

- 6.4. Verzoeker heeft verklaard dat voortzetting van de afspraak noodzakelijk is, omdat zijn ervaring is dat leveranciers van orthopedisch schoeisel minder bereid zijn nieuw schoeisel te maken of een aanpassing te verrichten als de nota al is voldaan door de zorgverzekeraar. Wat daarvan ook zij, indien dit aan de orde is, is sprake van een kwestie tussen verzoeker en de leverancier. Zoals door de zorgverzekeraar is toegelicht, zijn de door hem gecontracteerde leveranciers aangesloten bij de SEMH en voorziet het lidmaatschap erin dat een klachtenregeling van toepassing is. Verzoeker kan hiervan in voorkomend geval gebruik maken. De contractuele relatie tussen verzoeker en de leverancier vormt overigens geen onderwerp van de onderhavige procedure. De commissie merkt slechts op dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde eis van aansluiting bij de SEMH in dat kader bepaalde garanties biedt die bij niet-aangesloten leveranciers mogelijk ontbreken. Over verzoekers persoonlijke ervaringen met de klachtenregeling van de SEMH kan de commissie zich niet uitlaten.

- 6.5. Waar het de contractuele relatie tussen verzoeker en de zorgverzekeraar betreft, geldt dat verzoeker op grond van de verzekeringsovereenkomst en de hieraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving aanspraak heeft op een adequaat functionerend hulpmiddel. In onderhavig geval is niet gebleken dat hiervan geen sprake is. Ter zitting heeft verzoeker immers verklaard dat de schoenmakers orthopedische schoenen leveren conform de specificaties van de chirurg, maar dat deze schoenen niet voldoen aan zijn behoefte. De suggesties van verzoeker tot verbetering van het proces – voor zover hiervoor niet reeds aan de orde geweest – neemt de commissie voor kennisgeving aan. Deze raken het karakter van de zorgverzekering en/of de door de zorgverzekeraar met de gecontracteerde leverancier gemaakte afspraken, en hierin kan de commissie niet treden.

De commissie concludeert dat het door verzoeker gestelde geen aanleiding vormt om de zorgverzekeraar te verplichten met hem een nieuwe dan wel meer uitgebreide afspraak te maken over de declaratieverwerking.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 september 2025,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

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, 2.6, 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.

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
Toekomstige wijziging(en) op 01-08-2027.
Wijziging(en) zonder datum inwerkingtreding aanwezig.
Zie het.
Geraadpleegd op 02-09-2025.
Geldend van 28-08-2025 t/m heden

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
(...)

Artikel 2.12

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel e, omvatten:

- a. hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, toe te passen bij een ernstige aandoening, waarop de verzekerde permanent en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen.
- b. hulpmiddelen, niet zijnde een hulpmiddel voor verzorging en verpleging op bed als omschreven in artikel 2.17, ter compensatie van beperkingen bij het:
 - 1°. lopen;
 - 2°. gebruiken van hand en arm;
 - 3°. veranderen en handhaven lichaamshouding;
 - 4°. zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;
 - 5°. gebruik van communicatieapparatuur.

2. In het geval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor een beperkte of onzekere duur.

3. De zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat niet

- a. hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken;
- b. eenvoudige hulpmiddelen te gebruiken bij beperkingen bij het eten en drinken;
- c. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij de aanpassing uitsluitend een sta-opsysteem betreft;
- d. eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen.

4. Voor ADL-honden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Artikel 14 Klachten en Geschillen

LID 1 ALGEMEEN

U kunt klachten hebben over de manier waarop wij de zorgverzekering uitvoeren, de manier waarop u door ons bent behandeld of de manier waarop wij uw persoonsgegevens verwerken. Van een geschil is sprake wanneer u het niet eens bent met een beslissing die wij bij de uitvoering van uw zorgverzekering hebben genomen.

LID 2 NEDERLANDS RECHT

Op de Zorgverzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

LID 3 RECHTSBESCHERMING

a. *Verzoek om heroverweging van een beslissing of klacht*

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de zorgverzekering hebben genomen, kunt u ons vragen de beslissing te heroverwegen. Daarvoor moet u schriftelijk per post of digitaal een verzoek aan onze Raad van Bestuur sturen. Klachten kunt u indienen via het klachtenformulier op onze website. Het klachtenformulier kunt u online indienen of per post (t.a.v. de Raad van Bestuur, Postbus 173, 3100 AD Schiedam).

b. *Naar de rechter of geschillencommissie*

U kunt naar de rechter gaan als u het niet eens bent met de uitkomst van een heroverweging of als wij binnen dertig dagen na een verzoek om heroverweging geen reactie hebben gegeven. U kunt een klacht of geschil ook voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De SKGZ heeft een Ombudsman die bemiddelt en een Geschillencommissie die bindend adviseert.

c. *Klacht indienen bij de NZa*

Als u onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u daarover een klacht indienen bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een bindende uitspraak.

LID 4 KLACHTEN OVER, EN GESCHILLEN MET, ZORGVERLENERS

Voor klachten over uw zorgverlener of geschillen die u met uw zorgverlener heeft verwijzen wij u naar onze brochure 'Klachten en geschillen' die u kunt raadplegen op onze website.

	De zorg omvat niet: - Hulpmiddelen die uitsluitend gebruikt worden voor sport; - Hulpmiddelen die niet permanent worden ingezet, waarbij voorliggende zorg nog mogelijk is of een onderdeel is van de medisch specialistische behandeling. Dit betreft hulpmiddelen om functionele problemen aan het bewegingssysteem te compenseren, maar waarbij te verwachten is dat het hulpmiddel op termijn niet meer medisch noodzakelijk is (na enkele weken, maanden of jaren).	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Voorschrijver	Eerste aanvraag: Medisch specialist of physician assistant. *	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Herhalingsaanvraag: Offerte en toelichting leverancier.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Eigendom of bruikleen	Eigendom.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Gebruikstermijn	Afhankelijk van het type hulpmiddel.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Voorafgaande toestemming	Informeert bij de gecontracteerde leverancier.	Ja, zie hoofdstuk 4 'Procedure aanvraag/toestemming.'
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	Leverancier dient aangesloten te zijn bij de erkenningsregeling Orthopedische InstrumentMakerijen (OIM) van de SEMH.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Vergoeding	100%	Vastgestelde vergoeding, zie website .
	Vergoedingen in eigendom tellen mee voor uw eigen risico.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Vervanging/reparatie	Informeert bij de gecontracteerde leverancier.	Voorafgaande toestemming nodig, zie algemene bepalingen.
Bijzonderheden	* Er kan een uitzondering gelden voor de verwijzing, zie kopje Afwijking op voorschrijver bij de algemene bepalingen van dit Reglement.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Orthopedische schoenen		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	Hieronder vallen (semi)-orthopedische schoenen en orthopedische binnenschoenen of voorlopige orthopedische schoenen.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Voorschrijver	Eerste aanvraag: Medisch specialist of physician assistant. *	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Herhalingsaanvraag: Offerte en toelichting leverancier.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Eigendom of bruikleen	Eigendom.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Gebruikstermijn	Minimaal 15 maanden: voor verzekerden van 16 jaar of ouder. Minimaal 6 maanden: voor verzekerden jonger dan 16 jaar.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Voorafgaande toestemming	Informeert bij de gecontracteerde leverancier.	Ja, zie hoofdstuk 4 'Procedure aanvraag/toestemming.'
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	Leverancier dient aangesloten te zijn bij de erkenningsregeling orthopedische technische schoenbedrijven (OSB) van de SEMH.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Vergoeding	100%	Vastgestelde vergoeding, zie website .
	Vergoedingen in eigendom tellen mee voor uw eigen risico.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	De eigen bijdrage voor (semi-) orthopedische schoenen bedraagt: € 134,- per paar, indien de verzekerde zestien jaar of ouder is; € 67,- per paar, indien de verzekerde jonger is dan zestien jaar.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Vervanging/reparatie	Informeert bij de gecontracteerde leverancier.	Voorafgaande toestemming nodig, zie algemene bepalingen.

Bijzonderheden	* Er kan een uitzondering gelden voor de verwijzing, zie kopje Afwijking op voorschrijver bij de algemene bepalingen van dit Reglement.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	De verzekerde, ouder dan 16 jaar, heeft eenmaal per 36 maanden aanspraak op vergoeding van de kosten van een extra paar (semi-) orthopedische schoenen en orthopedische binnenschoenen. Dit reservepaar kan minimaal drie maanden na de eerste levering voor het eerst worden aangevraagd.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Orthopedische aanpassingen voor gewone schoenen (confectie)		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	Het gaat om orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen (OVAC). Dit gaat om een door de leveranciers aangemerkte confectie schoen waar aanvullende aanpassingen voor worden gemaakt.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	De zorg omvat niet de kosten van confectieschoeisel.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Eenvoudige hakaanpassingen (tot 4 cm) zonder verdere aanpassingen aan de schoen komen niet voor vergoeding in aanmerking.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Maximaal twee keer per jaar.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Voorschrijver	Eerste aanvraag: Medisch specialist of physician assistant. *	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Herhalingsaanvraag: Offerte en toelichting leverancier.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Eigendom of bruikleen	Eigendom.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Gebruikstermijn	Minimaal 1 jaar.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Voorafgaande toestemming	Informeert bij de gecontracteerde leverancier.	Ja, zie hoofdstuk 4 'Procedure aanvraag/toestemming.'
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	Leverancier dient aangesloten te zijn bij de erkenningsregeling orthopedische Schoentechnische bedrijven (OSB) van de SEMH.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Vergoeding	100%	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Vergoedingen in eigendom tellen mee voor uw eigen risico.	Voorafgaande toestemming nodig, zie algemene bepalingen.
Bijzonderheden	* Er kan een uitzondering gelden voor de verwijzing, zie kopje Afwijking op voorschrijver bij de algemene bepalingen van dit Reglement.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.