



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Hulpmiddelenzorg, SnörEx®, stand van de wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.9 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 201901693
Zittingsdatum : 5 februari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 27 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 6 november 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 7 november 2019 aan verzoeker gezonden.

2.3. Bij brief van 4 december 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019058394) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 6 december 2019 aan partijen gestuurd.

2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 februari 2020 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota van verzoeker zijn op 7 februari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 12 februari 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 basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Werkt Goed en de VGZ Werkt Tand Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoeker is bekend met onder andere ernstige hartritmestoornissen. In 2016 heeft de cardioloog hem verwezen naar een longarts. Uit een slaaponderzoek bleek dat verzoeker lijdt aan apneu. Daarom is aan hem een mandibulair repositie apparaat (MRA) voorgeschreven. In 2019 is dit hulpmiddel kapot gegaan. Verzoeker heeft daarna een SnörEx® aangeschaft en op 2 april 2019 een aanvraag voor vergoeding van dit hulpmiddel ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 april 2019 aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat verzoeker geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde.

3.4. De behandelend longarts heeft bij brief van 18 juni 2019 over verzoeker verklaard:
“Er is bij u sprake van een klinisch relevant OSAS met een apneu hypopneu index van 7,6/h. U gebruikt hiervoor een Snörex-device. Met dit Snörex-device is bij controle polysomnografie de apneu hypopneu index genormaliseerd tot 3,2/h en zijn ook u klachten sterk verbeterd. Derhalve is er bij

u sprake van een adequate werking van het Snörex-device en lijkt het mij gerechtvaardigd dat het Snörex-device voor u verzekeringstechnisch vergoed wordt."

- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 24 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft, hetgeen hij als volgt heeft gemotiveerd:

"Een MRA via een niet-gecontracteerde leverancier vergoeden wij alleen na machtiging en op verwijzing van een KNO- of longarts. Een Snörex is met name bedoeld tegen het snurken. Dat uw apneu hierdoor [wordt] verminderd is mogelijk en is meegenomen. In uw aanvraag geeft u zelf aan dat het tevens gebruikt wordt tegen het snurken."

- 3.6. Bij brief van 4 december 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: *"Het Zorginstituut kan zich vinden in het oordeel van verweerder. Het toepassen van SnörEx® als behandeling van OSAS voldoet op dit moment niet aan de stand van de wetenschap en praktijk."*

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de kosten van de door hem aangeschafte SnörEx® dient te vergoeden tot maximaal 100% van het marktconforme tarief.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker is al een aantal jaren bekend met ernstige hartritmestoornissen. Hij is hiervoor onder behandeling bij een cardioloog. Ondanks de behandelingen bleef hij last houden van nachtelijke hartritmestoornissen. Verzoeker heeft uiteindelijk in 2016 een slaaponderzoek ondergaan. Hieruit bleek dat hij slaapapneu heeft. Hij heeft daarom een mandibulair repositie apparaat (MRA) voorgeschreven gekregen. De nachtelijke hartritmestoornissen verminderden hierdoor, maar zijn nooit helemaal over gegaan. In het voorjaar van 2019 ging de MRA kapot en moest deze worden vervangen. Omdat de MRA nooit optimaal had gefunctioneerd, is verzoeker op zoek gegaan naar een alternatief. Hij heeft toen de SnörEx® gevonden bij de SomnoClinic en deze aangeschaft. Sinds het gebruik van de SnörEx® is verzoeker niet meer wakker geworden door nachtelijke hartritmestoornissen.

Verzoeker heeft contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding. Deze vertelde geen contract te hebben met de SomnoClinic, maar dat hij een verzekering had met vrije keuze. Daarom is aan verzoeker een aanvraagformulier gezonden. De aanvraag is echter afgewezen, omdat bij verzoeker geen sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Deze reactie verbaasde verzoeker zeer, omdat zijn aanvraag geen betrekking had op tandheelkundige zorg.

Verzoeker is na de afwijzende beslissing teruggegaan naar de longarts. Deze heeft twee nieuwe slaaponderzoeken verricht. Eén keer met en één keer zonder de SnörEx®. Uit het slaaponderzoek met de SnörEx® bleek dat verzoeker niet wakker werd door hartritmestoornissen.


Verzoeker benadrukt dat hij de SnörEx® heeft vanwege zijn apneu. Dat deze ook helpt tegen het snurken is een bijkomend voordeel. Het is dus niet zo dat hij de SnörEx® heeft aangeschaft in verband met snurken, zoals door de ziektekostenverzekeraar werd gesteld.

In de reactie aan de Ombudsman Zorgverzekeringen stelt de ziektekostenverzekeraar dat een SnörEx® niet is aan te merken als een MRA. Verzoeker leest dit niet in het Reglement Hulpmiddelen. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de SnörEx® niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is volgens verzoeker onjuist. Door het uitgevoerde slaaponderzoek is bewezen dat de SnörEx® bij hem werkt.





Het stoort verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag tweemaal op een verkeerde grond heeft afgewezen. Als de aanvraag meteen op de juiste grond was afgewezen, had hij het geaccepteerd.

Verzoeker heeft een restitutieverzekering. Hij heeft daarom een vrije keuze voor artsen en ziekenhuizen, maar ook voor hulpmiddelen. Omdat hij gebruik heeft gemaakt van zijn vrije keuze vraagt hij niet om een volledige vergoeding van de SnörEx®, maar tot 100% van het marktconforme tarief.



- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag in eerste instantie afgewezen, omdat verzoeker geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. In de heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een SnörEx® met name is bedoeld tegen het snurken. Dat de apneu van verzoeker hierdoor is verminderd, is mogelijk en is meegenomen. Maar verzoeker heeft in zijn aanvraag zelf verklaard dat het hulpmiddel tevens gebruikt wordt tegen het snurken. In de reactie aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de SnörEx® niet is aan te merken als MRA. Daarnaast voldoet de behandeling van OSAS met een SnörEx® niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar het bindend advies van de commissie van 27 september 2017 (dossiernummer 201602395).
- 6.4. De commissie overweegt dat met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn, die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.5. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies over de vraag of de behandeling van slaapapneu met een SnörEx® overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.6. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen, is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.7. Het Zorginstituut heeft de zorg beoordeeld die in geschil is. Het advies van 4 december 2019 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie is dat de behandeling van slaapapneu met een SnörEx® niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut heeft zowel in 2017



als opnieuw in 2019 een literatuursearch uitgevoerd. De daarmee gevonden publicaties gaven volgens het Zorginstituut telkens onvoldoende informatie over de effectiviteit en veiligheid van de behandeling van slaapapneu met een SnörEx® in vergelijking tot de conventionele behandeling. Dit geldt ook voor de 'Richtlijn Obstructief slaapapneu (OSA) bij volwassenen' die in het onderzoek is betrokken. Op grond van het verrichte onderzoek is het Zorginstituut tot de conclusie gekomen dat de behandeling van slaapapneu met een SnörEx® niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

- 
- 
- 
- 
- 6.8. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit dan ook over. Verzoeker heeft zijn standpunt, dat de behandeling van slaapapneu met een SnörEx® overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk, niet aannemelijk gemaakt. Het vergelijkend slaaponderzoek, zoals dit bij hem is uitgevoerd, vormt hiervan geen bewijs. Dit leidt tot de conclusie dat geen sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, zodat de kosten niet ten laste van deze verzekering kunnen worden gebracht. Dat verzoeker heeft gekozen voor een restitutieverzekering speelt hierbij geen rol. Een dergelijke verzekering geeft geen aanspraak op een ruimere dekking. De commissie merkt hierbij nog op het te betreuren dat de ziektekostenverzekeraar tweemaal de verkeerde afwijsggrond heeft gebruikt. Dit kan echter niet leiden tot een andere beslissing.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 
- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 
- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 maart 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Regeling zorgverzekering

Geldend van 02-10-2019 t/m heden

Artikel 2.9

- 1** Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel b, omvatten uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend, te weten:
 - a.** zuurstof;
 - b.** stoffen die gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel in de zin van de Wet op de medische hulpmiddelen.
- 2** De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat ingeval van zuurstofapparatuur tevens vergoeding van stroomkosten.
- 3** De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a.** apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning;
 - b.** apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Eigen Keuze is een restitutieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u op verzoek 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.

1.2. 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.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

U heeft vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat 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.

1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons.

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 weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.6. Insturen van nota's

Als u een nota heeft ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen

Artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op vergoeding van de kosten van 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. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen 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 recht heeft op vergoeding van de kosten van het hulpmiddel in eigendom of dat u het hulpmiddel 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.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel dat u op basis van het Reglement hulpmiddelen in bruikleen krijgt? Houdt u er dan rekening mee dat u zeer waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen. U heeft in dat geval recht op vergoeding 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 vergoeding van de kosten van een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen heeft ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING**Artikel 37. Verblijf****Dit krijgt u vergoed**

U heeft recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 14.1), medisch specialistische zorg (artikelen 15 tot en met 22), gespecialiseerde GGZ (artikel 25) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 31 en artikel 32) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg. Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die intensieve kindzorg nodig hebben zoals omschreven in artikel 13, Verpleging en verzorging.

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend.

Het verblijf in verband met intensieve kindzorg mag plaatsvinden in een kindzorghuis.

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/ bruikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
trachea canule en toebehoren	eigendom	medisch speciaalzaak	behandelend arts	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Bijzonderheden Tot de vergoeding behoren stomabeschermers voor mensen bij wie het strottenhoofd is verwijderd (laryng-ectomie). Het gaat bij stomabeschermers om camouflagebeffen en douchebeschermers met een kunstmatige luchtwegingang en noodzakelijke verbruiksartikelen.
medicatievernevelaars met toebehoren	bruikleen		behandelend arts	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
losse voorzetkamers	eigendom		behandelend arts	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Bijzonderheden U heeft recht op dit hulpmiddel als het gaat om een 'losse' voorzetkamer die niet gevuld is met een medicijn.
slijmuitzuigapparatuur voor het wegzuigen van slijm uit het mond- of keelgebied	bruikleen		behandelend arts	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
mandibulair repositie apparaat (MRA beugel)	eigendom		KNO- of longarts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Gebruikstermijn U kunt uw MRA beugel minimaal 5 jaar gebruiken. Bijzonderheden U heeft geen recht op een MRA beugel als deze alleen wordt gebruikt ter vermindering van snurken. De MRA beugel moet op maat zijn gemaakt en individueel instelbaar zijn.
Slaap Positie Trainer (SPT)	bruikleen		behandelend medisch specialist	De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of u aan de voorwaarden voldoet. Als uw hulpmiddel gerepareerd of vervangen moet worden, kunt u bij de zorgaanbieder terecht.	U moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie	Bijzonderheden U heeft alleen recht op (vergoeding van de kosten van) een Slaap Positie Trainer bij lichte en matige positieafhankelijke slaapapneu. U heeft geen recht op een Slaap Positie Trainer als deze alleen wordt gebruikt ter vermindering van snurken.

Besluit zorgverzekering

Geldig van 26-06-2019 t/m heden

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

Geldend van 02-10-2019 t/m heden

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.

Besluit zorgverzekering

Geldig van 26-06-2019 t/m heden

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 zeven 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.