



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Centrale Ziektekostenverzekering NZV N.V. te Tilburg
Zaak : Hulpmiddelenzorg, steunkousen, verstrekking binnen een jaar, coulance
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 onder m Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer : 202001351
Zittingsdatum : 23 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

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

Centrale Ziektekostenverzekering NZV N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de
ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 27 mei 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 10 augustus 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compleet en Fit (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker gebruikt al lange tijd steunkousen, die hij altijd afneemt van een vaste leverancier. Omdat zijn afspraak op 4 februari 2020 bij de vaste leverancier niet kon doorgaan, heeft verzoeker zich gewend tot een andere leverancier. Daar kon hij op 18 februari 2020 terecht. Verzoeker ontving daarna bericht dat de declaratie van de nieuwe leverancier door de ziektekostenverzekeraar was afgewezen, omdat hij binnen een jaar nadat de vorige steunkousen werden geleverd nieuwe had afgenomen. Hierover heeft hij een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Op 30 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat de klacht op de juiste wijze is opgelost, doordat aan verzoeker al coulancehalve een bedrag is betaald van € 179,99. Dit betreft de vergoeding voor de nota die door de leverancier bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar niet in de voorwaarden of anderszins heeft geregeld dat steunkousen een gebruiksduur kennen van 365 dagen;

(ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem € 13,14 te vergoeden. Dit betreft het verschil tussen hetgeen hij heeft moeten betalen aan de leverancier en het bedrag dat uit coulance is vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

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 A.22. 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, waaronder steunkousen, 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. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij al meer dan 20 jaar steunkousen gebruikt. Deze heeft hij altijd laten aanmeten bij een vaste leverancier. Hij had op 4 februari 2020 een afspraak bij deze leverancier, die helaas niet kon doorgaan. Daarom was hij genoodzaakt zich te wenden tot een andere leverancier, waar hij op 18 februari 2020 terecht kon. Hij zou eerst één paar kousen ontvangen. Nadat deze goed waren bevonden, zou de leverancier het tweede paar verzenden.

6.3. De leverancier heeft de nota, net als de vaste leverancier, rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar deelde verzoeker mee dat de nota niet wordt vergoed, omdat de steunkousen binnen 365 dagen na het vorige paar waren aangeschaft. Gebleken is dat de vaste leverancier de in de eerste week van februari 2019 aangemeten steunkousen had geleverd en gefactureerd op 8 maart 2019. De steunkousen die zijn aangemeten op 18 februari 2020 zijn door de nieuwe leverancier twee dagen daarna al gedeclareerd. Deze waren toen echter nog niet aan verzoeker geleverd. Volgens de leverancier zou er een 'track en trace'-code zijn. Dit is niet mogelijk, aangezien het ging om brievenbuspost. Pas in maart zijn de kousen aan verzoeker geleverd.

6.4. Nadat hierover een discussie was ontstaan met de ziektekostenverzekeraar, heeft deze besloten een bedrag van € 179,99 aan verzoeker te vergoeden. Dit betrof een vergoeding van de factuur die in eerste instantie door de leverancier bij de ziektekostenverzekeraar was ingediend. De leverancier zond verzoeker echter een factuur ter hoogte van € 193,13. De leverancier kwam met een onduidelijk en warrig verhaal waarom de factuur aan verzoeker hoger was dan die aan de ziektekostenverzekeraar. Feit is echter dat verzoeker de tweede nota aan de leverancier heeft voldaan, en dus € 13,14 duurder uit is.

Verzoeker heeft vervolgens bekeken of de gebruiksduur van 365 dagen ergens is vastgelegd. Dit bleek noch op de website te zijn vermeld noch in de voorwaarden van de zorgverzekering te zijn geregeld, hetgeen ook door de ziektekostenverzekeraar is erkend. Ook is nergens geregeld welke datum in dit verband bepalend is. Verzoeker vraagt zich af of dat de datum van facturering dan wel van levering is of die waarop de kousen zijn aangemeten.

6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat één van zijn medewerkers contact heeft opgenomen met de leverancier. Haar is verteld dat deze de steunkousen op 20 februari 2020 heeft geleverd. Ook zou er een 'track en trace'-code zijn. De medewerkster heeft echter niet om een bewijs van deze code gevraagd. Ook is niet gekeken of het hulpmiddel dat verzoeker eerder gebruikte wel of niet adequaat was. Door de ziektekostenverzekeraar is daarom besloten coulancehalve een bedrag van € 179,99 naar verzoeker over te maken, bij wijze van tegemoetkoming.


- 6.6. Verzoeker heeft erop gewezen dat op de website en in de voorwaarden van de zorgverzekering niet staat dat steunkousen een gebruiksstermijn kennen van 365 dagen. Dit is inderdaad het geval, en deze situatie is voorgelegd aan de afdeling Content Beheer. Deze afdeling beoordeelt of de website dient te worden aangepast. In het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) staat overigens wel in artikel 2.5 een passage over doelmatige zorg. Verzoeker mag overstappen naar een nieuwe zorgverlener, maar moet de oude zorgverlener hierover informeren. Ook is in het reglement bepaald dat ervan wordt uitgegaan dat een verzekerde een bepaalde tijd met een hulpmiddel doet. Vervanging kan plaatsvinden als het hulpmiddel niet meer adequaat is. Dit kan ook zijn binnen 365 dagen nadat het eerdere hulpmiddel is verstrekt. Deze afwijsggrond was daarom niet correct. De door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leveranciers kunnen beoordelen of een hulpmiddel nog adequaat is. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat als verzoeker contact had opgenomen met zijn vaste leverancier, deze had beoordeeld of verzoeker in aanmerking kwam voor vervanging en wat de gebruiksduur van zijn hulpmiddel is.
- 6.7. De commissie overweegt dat in artikel B.17.17 van het reglement is bepaald dat aanspraak bestaat op onder andere steunkousen zoals die bij verzoeker zijn aangemeten. In dit artikel is niet geregeld wat de gebruiksduur is van het hulpmiddel en wanneer dit kan of moet worden vervangen. Uit de artikelen 2.5 en 2.6 van het reglement volgt dat een verzekerde moet zijn aangewezen op een hulpmiddel en dat hiervoor een bepaalde gebruiksduur geldt. De beoordeling of een verzekerde is aangewezen op vervanging van een hulpmiddel is overgelaten aan de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier. Ook staat in artikel 2.5 van het reglement dat de oude leverancier erover moet worden geïnformeerd als wordt overgestapt naar een nieuwe leverancier.
- 6.8. In het reglement is bepaald dat het bij vervanging gaat om de vraag of een hulpmiddel nog adequaat is. Aannemelijk is dat bij steunkousen na gebruik gedurende 365 dagen niet langer sprake is van een adequaat functionerend hulpmiddel. Partijen verschillen hierover niet van mening. Bij vervanging binnen die termijn is het evenwel aan de verzekerde aannemelijk te maken dat hiertoe een noodzaak bestaat. Om die reden speelt genoemde termijn wel degelijk een rol. Door verzoeker is aangevoerd dat de vaste leverancier de kosten heeft gedeclareerd nadat de kousen waren geleverd. Dit argument is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden, zodat het als vaststaand moet worden aangenomen. De nieuwe leverancier heeft de kosten van de steunkousen op 20 februari 2020 gedeclareerd. Volgens verzoeker waren de steunkousen toen nog niet door hem ontvangen. Als hij inderdaad op 18 februari 2020 een afspraak heeft gehad voor het aanmeten, wat door de ziektekostenverzekeraar niet wordt bestreden, ligt niet voor de hand dat hij de kousen reeds twee dagen later heeft ontvangen. Dat hij de kousen dan heeft ontvangen ná het verstrijken van de gebruiksduur van 365 dagen, is aannemelijk. Verder acht de commissie aannemelijk dat de vaste leverancier ervan op de hoogte was dat verzoeker zich (dit keer) wendde tot een andere leverancier. De afspraak bij de vaste leverancier kon immers niet doorgaan en verzoeker had vrij snel daarna een afspraak bij de andere leverancier. Ook aan deze voorwaarde in het reglement is daarmee voldaan. De ziektekostenverzekeraar is dan ook gehouden de kosten van de steunkousen aan verzoeker te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft al een bedrag van € 179,99 aan verzoeker vergoed. Hoewel de ziektekostenverzekeraar normaliter mag uitgaan van de nota die bij hem wordt gedeclareerd, is het door de gang van zaken zo dat verzoeker een factuur heeft ontvangen die hij heeft moeten voldoen aan de leverancier. Deze factuur was € 13,14 hoger dan het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar al aan hem had vergoed. De ziektekostenverzekeraar is gehouden ook het bedrag van € 13,14 aan verzoeker te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- 
- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de steunkousen volledig aan verzoeker te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Dit leidt tot een nabetaling van € 13,14;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.



Zeist, 30 september 2020,



H.A.J. Kroon

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 2.6

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.

nadere voorwaarden.):

- U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
- U kunt niet uitkomen met andere producten van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
- U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Als sprake is van een allergie worden de dieetpreparaten vergoed vanaf het moment dat de allergie is bewezen.

Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (kea) worden provocatietesten gedaan. Pas na een dubbelblinde provocatietest kan met zekerheid worden vastgesteld dat sprake is van een kea en kunt u aanspraak maken op vergoeding. De testperiode voorafgaand aan de dubbelblinde provocatietest komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Behandelvoorstel

Een jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsenverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsenverklaring in. Wij, of een zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend

wil zeggen dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u bent verzekerd voor een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen niet onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;
 - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
 - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
 - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd;
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn. Dit zijn hulpmiddelen die niet één-op-één een relatie hebben met een beperking of stoornis die u hebt en/of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutssja's, rollators en aangepast eetgerei.

- hulpmiddelen die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen in het dagelijks leven vervangen en niet bijzonder kostbaar zijn. Bijvoorbeeld een opener voor potjes of grijpstick voor oprapen.
- De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:
 - Plaswekker;
 - Gezichtshulpmiddelen;
 - Steunzolen;
 - Hulpmiddelen voetzorg;
 - Thuisbewakingsmonitor;
 - ADL-hulpmiddelen;
 - Thuisverzorgingsartikelen;
 - Steunpessarium;
 - Teststrips voor mensen met diabetes waarbij er geen sprake is van toedienen van insuline;
 - Persoonsalarmering (sociale alarmering);
 - Condooms;
 - Braces en bandages;
 - Epilepsie alarmering;
 - Redressiehelm.

Meer informatie hierover vindt u in artikel D.4. Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding.

Wij hebben dit in het Reglement Hulpmiddelen bij de betreffende hulpmiddelen aangegeven. Ook kunt u informatie vinden in artikel D.4.

Tip

In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;
- de hoogte van een eventuele wettelijke eigen bijdrage of maximum vergoeding.

U kunt het Reglement bekijken op onze website of bij ons opvragen.

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit het geval is. Als u het hulpmiddel ontvangt van een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, betalen wij de zorgverlener. Daarna verrekenen wij de wettelijke eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

Als u het hulpmiddel ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgverlener, betaalt u zelf de zorgverlener en dient u daarna de nota bij ons in. Bij de afhandeling van de nota houden wij meteen rekening met de wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding.

Let op!

Deze wettelijke eigen bijdrage en/of een aanvullende vergoeding op maximumbedragen kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garantievoorzwaarden van de fabrikant en/of de zorgverlener.

Schade (kosten van reparatie en vervanging daaronder begrepen) aan een hulpmiddel dat wij aan u in eigendom of bruikleen hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, wordt niet onder uw zorgverzekering gedekt.

Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.

Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven.
- Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, zien daar op toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet

zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.

Zorgverlener

Als wij bij een hulpmiddel specifieke eisen stellen aan een bepaalde zorgverlener, staat dat in het reglement aangegeven.

Voorschrift

Voor aanvang van de behandeling hebt u een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener nodig voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement Hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als dat in het Reglement Hulpmiddelen bij het betreffende hulpmiddel is aangegeven.
- Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze website. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat de aanvraag bij ons binnenkomt.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17.5. Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancezorg, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst

in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

de Wet ambulancezorg verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikopter- vervoer onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

Voorwaarden

Algemeen

- Onder ziekenvervoer verstaan wij:
 - Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:
 - Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging.
 - Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Op plaats van behandeling en verpleging krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz.
- Het ziekenvervoer per ambulance is medisch

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal 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.

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.