

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Onderlinge Waarborgmaatschappij  
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, dynamisch AD-matras en passieve tillift, bruikleenverstrekking tijdens  
vakantie  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 , 11 en 14 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.17 Rzv  
Zaaknummer : 202200695  
Zittingsdatum : 25 januari 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier en brief van 21 april 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 18 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 augustus 2022 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld de door de ziektekostenverzekeraar verzochte informatie over het matras over te leggen. Bij brief van 1 september 2022 heeft verzoekster de gevraagde informatie overgelegd. Een kopie hiervan is op 2 september 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 8 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende reactie gegeven. Een kopie hiervan is op 13 september 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 18 oktober 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022036827) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 oktober 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 1 februari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 oktober 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 2 februari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Plus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. In verband met een voorgenomen verblijf in een vakantiebungalow rond de Kerstdagen in 2021, heeft verzoekster op 26 november 2021 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor verstrekking in bruikleen van een tweetal hulpmiddelen op het vakantieadres, te weten een dynamisch AD-matras en een passieve tillift. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 9 december 2021 afwijzend beslist.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 11 februari 2022 heeft de klachtencommissie van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de afwijzende beslissing in stand blijft.
- 3.4. Bij brief van 18 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster verzoekt de commissie te beslissen:
- (i) dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft besloten geen bruikleen dan wel een vergoeding voor het gebruik van een dynamisch AD-matras en een passieve tillift bij verblijf tijdens vakantie elders toe te kennen;
  - (ii) dat de ziektekostenverzekeraar haar de gemaakte kosten voor een passieve tillift, ten bedrage van € 127,05, moet vergoeden.
- 4.2. In dat verband licht zij toe dat bij haar in 1974 de diagnose MS is gesteld. Vanaf 1978 is zij volledig rolstoel gebonden. Sinds augustus 2021 is sprake van een decubitusplek op het zitvlak en vindt dagelijks wondverpleging plaats. Verzoekster beschikt thuis over de aangevraagde en andere hulpmiddelen. Zonder een dynamisch AD-matras en een passieve tillift is een verblijf elders onmogelijk. Zij wilde graag een lang weekend weg, met ondersteuning bij de ADL-handelingen door familieleden. Nadat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de beide hulpmiddelen in bruikleen op locatie had afgewezen, is besloten een en ander toch doorgang te laten vinden en de kosten voor eigen rekening te nemen. Het verblijf in de vakantiebungalow is ondanks alles prettig verlopen.
- Volgens verzoekster voldoet zij aan de voorwaarden voor verstrekking van genoemde hulpmiddelen in bruikleen. Uit het medisch dossier, dat bij de ziektekostenverzekeraar voorhanden is, blijkt dat hiervoor een medische indicatie bestaat. Zou dit intussen anders zijn, dan is verzoekster hierover niet ingelicht. Het dynamisch AD-matras en de passieve tillift zijn ook noodzakelijk, waarmee wordt voldaan aan de door de ziektekostenverzekeraar genoemde voorwaarde. Verzoekster stelt verder dat, voor zover zij kan nagaan, bij de (her)beoordeling geen medisch adviseur betrokken is geweest zodat de vraag is waaraan is getoetst. De afwijzing, waarbij wordt verwezen naar artikel 20 van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen 2021 van de ziektekostenverzekeraar, is niet duidelijk.
- 4.3. Waar het de doelmatigheid betreft, verklaart verzoekster dat zij er bewust van heeft afgezien ook een hoog/laagbed, tilband en ondersteek aan te vragen. Zij voorzag namelijk al dat indien dit wel was gebeurd, de aanvraag zonder meer zou worden afgewezen op deze grond.
- Volgens verzoekster kan de wetgever niet alles voorzien. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook een discretionaire bevoegdheid als het gaat om een 'vakantievergerving'. De verstrekking in bruikleen van hulpmiddelen op een andere locatie is in de verzekeringsvoorwaarden niet uitgesloten.
- Verzoekster concludeert dat de ziektekostenverzekeraar, door dit standpunt in te nemen, het voor haar onmogelijk maakt om gedurende langere tijd ergens anders te verblijven.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop toegelicht dat zij de beschikking heeft over een plafondlift. Omdat deze niet mobiel is heeft zij voor het verblijf op het vakantieadres een mobiele tillift moeten huren die door de leverancier moest worden bezorgd. Ook het vervoer van het AD-matras naar het vakantieadres was niet gemakkelijk. Dit omdat het matras leeg moet

lopen voordat het opgerold moet worden. Het oprollen moet voorzichtig gebeuren ter voorkoming dat het matras gaat lekken.

- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar meent dat verzoekster geen aanspraak heeft op het gevraagde. In dit verband stelt hij in de eerste plaats dat in de zorgverzekering geen dekking is opgenomen voor een 'vakantielevering' van hulpmiddelen. Wat betreft de gevraagde tillift geldt dat verzoekster langdurig op dit hulpmiddel is aangewezen. Daarbij is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) evenwel voorliggend zodat de tillift om die reden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

Ten aanzien van de aanvraag voor een tweede, tijdelijk te verstrekken matras geldt dat op grond van Rubriek A artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de kosten van zorg worden vergoed als een verzekerde hierop naar aard en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit wordt mede bepaald door de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg en diensten.

De aanspraak op hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering, en nader uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen 2021 van de ziektekostenverzekeraar. Volgens artikel 2.2 van dit reglement bestaat alleen aanspraak in geval van een indicatie voor het hulpmiddel overeenkomstig de Regeling Zorgverzekering. Volgens artikel 2.3 heeft een verzekerde geen recht op verstrekking van het hulpmiddel wanneer dit redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd, dan wel niet doelmatig is. De ziektekostenverzekeraar merkt in dit verband op dat het door verzoekster in de thuissituatie gebruikte matras 6,9 kilogram weegt en de pomp 2,2 kilogram. Dit matras is ook vrij eenvoudig zelf (dus zonder hulp van een installateur) te installeren. Het matras is om die reden mobiel en kan worden vervoerd van en naar een vakantieadres. De kosten voor het in bruikleen nemen van een matras op het vakantieadres worden om die reden als onnodig kostbaar beschouwd en daarmee ook als niet doelmatig.

Het signaal over de onderbouwing van de afwijsggrond neemt de ziektekostenverzekeraar mee als verbeterpunt van zijn dienstverlening.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat een tillift vanuit de Wmo moet worden verstrekt, en hij deze dan ook niet ten laste van de zorgverzekering mag vergoeden. Met betrekking tot het AD-matras geldt dat dit verplaatsbaar is, zodat geen tweede matras kan worden verstrekt. Dit zou niet doelmatig zijn.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 18 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

### "Tillift

*Uit deze toelichting is op te maken dat verstrekking van een tillift vanuit de Zvw alleen aan de orde is:*

- *Als het duidelijk is dat een verzekerde het transferhulpmiddel, gezien zijn of haar aandoening, alleen kortdurend nodig heeft, of*
- *Bij gebruik in een 'beginstadium' van een aandoening of herstelfase, namelijk op het moment dat bij een verzekerde (nog) niet duidelijk is of hij of zij het transferhulpmiddel langdurend c.q. permanent nodig zal hebben.*

*Uit de voorliggende gegevens is op te maken dat verzoekster een indicatie heeft voor een tillift sinds 1978 en dat deze verstrekt is vanuit de Wmo. Verzoekster is permanent aangewezen op dit hulpmiddel. Op voorhand is duidelijk dat het middel levenslang noodzakelijk zal zijn. De afweging of iemand permanent aangewezen is op een hulpmiddel gaat dus niet over de plaats waar het hulpmiddel wordt gebruikt. Bij verzoekster staat vast dat het gebruik permanent is, daarom wordt de tillift verstrekt vanuit de Wmo. Verstrekking van een tillift vanuit de Zvw is dan ook niet van toepassing. In de toelichting bij artikel 2.12 van de Rzv staat dat het systeem op deze manier is ingericht om te voorkomen dat dubbele aanspraken ontstaan.*

#### AD-matras

*Volgens de voorliggende informatie heeft verzoekster een indicatie voor een AD-matras. De vraag is of zij aanspraak kan maken op een tweede, tijdelijk te verstrekken AD-matras voor tijdelijk gebruik op het vakantieadres.*

*Al dan niet verstrekking van een tweede (tijdelijk) exemplaar valt onder doelmatigheid, en dit is aan verweerder om te beoordelen. Zorgverzekeraars kunnen hierover in de polisvoorwaarden nadere invulling geven. Het Zorginstituut kan niet adviseren over doelmatigheid.*

*In de beoordeling kan verweerder verschillende overwegingen meenemen, zoals of het hulpmiddel meeneembaar is, of het om bruikleen of verstrekking in eigendom gaat en indien het niet meeneembaar is, of er op de locatie elders al dan niet frequent gebruik van wordt gemaakt.*

*Uit de voorliggende informatie is op te maken dat het AD-matras waarover verzoekster beschikt, een Domus 4 dynamisch en statisch matras is. Verweerder is nagegaan of dit AD-matras meeneembaar is zodat het op het vakantieadres gebruikt kan worden. Hieruit blijkt dat dit inderdaad het geval is.*

#### Het advies

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een AD-matras en tillift maken onderdeel uit van het basispakket. Verzoekster kan geen aanspraak maken op tijdelijke uitleen van een tillift vanuit de Zvw, omdat zij permanent is aangewezen op de tillift en deze voorziening reeds verstrekt krijgt vanuit de Wmo. Verweerder mag verschillende overwegingen meenemen of tijdelijke verstrekking van een AD-matras doelmatig is."*

## **7. Bevoegdheid van de commissie**

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6.1 van Rubriek A van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## **8. Beoordeling**

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg en doelmatigheid 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

- 8.2. Aan de orde is de vraag of verzoekster in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van een passieve tillift en een dynamisch matras wanneer zij elders verblijft dan thuis. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 18 oktober 2022 kan een tillift een verzekerde prestatie zijn op grond van de zorgverzekering als sprake is van tijdelijk gebruik. In het geval van

verzoekster geldt evenwel dat zij permanent op dit hulpmiddel is aangewezen en dat zij een tillift verstrekt heeft gekregen ten laste van de Wmo. Genoemde wet is in haar situatie te beschouwen als een voorliggende voorziening op de zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.1, eerste lid, Bzv. Aldus heeft de wetgever willen voorkomen dat dubbele aanspraken ontstaan. Dat het gaat om gebruik van het hulpmiddel op verschillende plaatsen - te weten thuis en op het vakantieadres - is hierbij niet relevant. Voor zover het verzoek de vergoeding van de kosten van de tillift betreft wordt dit dan ook afgewezen.

- 8.3. Tussen partijen staat niet ter discussie dat een AD-matras een verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering, dat verzoekster redelijkerwijs op dit hulpmiddel is aangewezen en dat dit - althans in de thuissituatie - ook doelmatig is.
- 8.4. Verstrekking in bruikleen van een tweede AD-matras voor gebruik elders is daarentegen volgens de ziektekostenverzekeraar onnodig kostbaar en daarmee niet doelmatig. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.  
Bij de totstandkoming van de Zvw is de wetgever ervan uitgegaan dat de doelmatigheid van de zorg een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Het is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om over een eventueel doelmatigheidsvereiste afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden (Stb. 2005, 389, p. 37). Het ligt op de weg van de zorgverzekeraar erop toe te zien dat een juiste balans tot stand komt tussen enerzijds de kosten van zorg waarop een verzekerde aanspraak maakt en anderzijds de geschiktheid en doeltreffendheid van de te verlenen zorg. Bovendien mag van de zorgverzekeraar worden verwacht dat hij bij zijn beoordeling ook tegenover de verzekerde objectiviteit en transparantie zal betrachten. Tegen deze achtergrond moet worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar op redelijke gronden heeft kunnen besluiten de aanvraag voor een 'vakantievergeving' van een AD-matras af te wijzen.
- 8.5. In artikel 1.4 van Rubriek A van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde recht heeft op zorg, of de vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in de polisvoorwaarden als hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. Hiermee bestaat voor de ziektekostenverzekeraar een formele basis om het aspect van de doelmatigheid in zijn afwegingen te betrekken. Specifiek voor hulpmiddelenzorg is dit ook opgenomen in artikel 2.3, van het Reglement Hulpmiddelen 2021 van de ziektekostenverzekeraar. Daarin is onder meer bepaald dat het hulpmiddel niet onnodig kostbaar mag zijn.  
Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, dat zij thans de beschikking heeft over een AD-matras dat dynamisch en statisch is, dat is mee te nemen, en dus ook op het vakantieadres kan worden gebruikt. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar dan ook volgen in zijn conclusie dat verstrekking in bruikleen van een AD-matras voor vakantie doeleinden in de situatie van verzoekster niet doelmatig is.  
Gelet op het voorgaande wordt ook het deel van het verzoek dat betrekking heeft op vergoeding van het AD-matras afgewezen.

*Slotsom*

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 februari 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

### **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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering



---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;

(...)

### Artikel 2.17

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

- a. bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen;
- b. anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus;
- c. dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen en bedtafels;
- d. bedgalgen en hulpmiddelen voor het zelfstandig in en uit bed komen;
- e. glij- en rollakens;
- f. bedverkorters, -verlengers en -verhogers;
- g. ondersteken;
- h. bedbeschermende onderleggers, indien het verlies van bloed en exsudaat dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen;
- i. infuusstandaarden.

2. De hulpmiddelen, bedoeld in het eerste lid, kunnen ook worden aangewend als het gebruik daarvan strekt tot behoud van de zelfredzaamheid.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

### Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
  - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
  - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

# Inleiding

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bepaalt bij welke functiestoornis en medische indicatie (medische) hulpmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen. Dit is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In dit Reglement zijn de nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen opgenomen. Dit Reglement geldt als aanvulling op de modelpolissen met ingang van 1 januari 2021. Dit Reglement is vastgesteld door de Ledenraad van de O.W.M. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a met ingang van januari 2021.

Bij vermelding van artikelnummers in dit Reglement wordt verwezen naar de artikelen van de Regeling die gelden vanaf 1 januari 2021, tenzij anders vermeld.

## Artikel 1 Definities

- 1.1 Zorgverzekeraar: de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. de verzekeringsonderneming, die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt, verder te noemen Zorg en Zekerheid.
- 1.2 Verzekerde: iedere verzekeringsplichtige die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.
- 1.3 Regeling zorgverzekering: de ministeriële regeling als bedoeld in artikel 2.9 lid 1 Besluit zorgverzekering.
- 1.4 Reglement: Reglement Hulpmiddelen 2021. Dit Reglement is door Zorg en Zekerheid vastgesteld en bevat nadere voorwaarden voor het tot gelding brengen van aanspraken. Het Reglement bestaat uit algemene bepalingen en een nadere bepaling. In de nadere bepaling wordt ingegaan op de specifieke voorwaarden die per (soort) hulpmiddel gelden. Bijlage 1 vermeldt schematisch per hulpmiddel de voorschrijver, of voorafgaande toestemming voor verstrekking noodzakelijk is, wat de gebruikstermijn is en of het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen aan de verzekerde wordt verstrekt.
- 1.5 Hulpmiddelen: hulpmiddelen die conform de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering in het verstrekkingenpakket van de zorgverzekeraar zijn opgenomen.
- 1.6 Eerste verstrekking: de eerste keer dat de verzekerde bij Zorg en Zekerheid een bepaald hulpmiddel voor een bepaalde indicatie op grond van de Regeling verstrekt of (deels) vergoed krijgt.
- 1.7 Toestemming: aan de verstrekking voorafgaande schriftelijke toestemming verleend door Zorg en Zekerheid.
- 1.8 Gebruikstermijn: de termijn die Zorg en Zekerheid als richtlijn hanteert voor de gemiddelde gebruikstermijn, zoals opgenomen in Bijlage 1 van dit Reglement.
- 1.9 Voorschrijver: zorgverlener die voor het verstrekken van een hulpmiddel een gemotiveerde schriftelijke toelichting geeft, gelet op de aard van de beperking van de verzekerde.
- 1.10 Machtiging: de toestemming die door Zorg en Zekerheid gegeven is nadat iemand een schriftelijke aanvraag voor een machtiging heeft ingediend.
- 1.11 BIG-geregistreerde verwijzer: een zorgverlener die in het BIG-register staat geregistreerd en in het kader van de betreffende hulpmiddelenzorg bevoegd is te verwijzen.

## Algemene bepalingen

### Artikel 2 Rechten van de verzekerde

- 2.1 Het recht van de verzekerde die bij Zorg en Zekerheid staat ingeschreven op verstrekking of (gedeeltelijke) vergoeding van hulpmiddelen wordt bepaald door de regels gesteld bij of krachtens de polisvoorwaarden. Hulpmiddelen kunnen ook onder medisch-specialistische zorg vallen. In dat geval bestaat geen aanspraak op het hulpmiddel op grond van artikel 20 van de polisvoorwaarden, maar worden de kosten als medisch-specialistische zorg vergoed vanuit de basisverzekering.
- 2.2 De verzekerde heeft alleen aanspraak op verstrekking of (gedeeltelijke) vergoeding van een hulpmiddel wanneer er een indicatie conform de Regeling zorgverzekering is.
- 2.3 De verzekerde heeft geen recht op verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel wanneer dit redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd, dan wel niet doelmatig is.
  - a. Voor de verzekerden met een Zorg Zeker Polis of Zorg Gemak Polis bepaalt Zorg en Zekerheid of een hulpmiddel in eigendom of in bruikleen wordt verstrekt en kan Zorg en Zekerheid voorwaarden verbinden aan leverancier, uitvoering, materiaal en kosten van het hulpmiddel. In Bijlage 1 staat vermeld welke hulpmiddelen in bruikleen of in eigendom worden verstrekt. De eerste zin is niet van toepassing indien sprake is van artikel 2.4 onder c. Het eigen risico is niet van toepassing op hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt, maar is wel van toepassing op:
    - de verbruiksartikelen die in eigendom worden verstrekt;
    - de gebruikskosten zoals stroomkosten en de gebruikskosten van een ADL-, signaal- of blindengeleidehond.

# Rubriek A

## Algemene voorwaarden

### Artikel 1 Algemene bepalingen

#### 1.1 Grondslag van de zorgverzekering

Deze zorgverzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de bijbehorende toelichtingen van onderdelen a, b en c;
- e. de gegevens die u bij het afsluiten van de verzekering aan ons heeft doorgegeven.

De zorgverzekeringsovereenkomst is vastgelegd in uw zorgpolis en deze polisvoorwaarden. Op het polisblad worden de verzekerde(n) en de gesloten zorgverzekering(en) vermeld. Wanneer wij uw aanvraag hebben verwerkt ontvangt u zo snel mogelijk uw verzekeringsbewijs in de vorm van een polisblad en verzekeringspas. In het vervolg ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuw polisblad.

Op vertoon van uw verzekeringspas kunt u zorg, waarop u op basis van deze polis recht heeft, ontvangen van een door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener (zie artikel 1.5). In de zorg geldt daarnaast de identificatieplicht.

Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. De Zvw, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen van deze zorgverzekeringsovereenkomst.

#### 1.2 Voor wie

Deze zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen. De aanspraak op zorg en de vergoeding van de kosten van zorg geldt voor alle verzekerden woonachtig in Nederland en voor de in het buitenland wonende verzekerden.

#### 1.3 Vorm van de zorgverzekering

De Zorg Zeker Polis is een naturaverzekering van Zorg en Zekerheid. Dit betekent dat u op basis van deze zorgverzekering recht heeft op zorg in natura. Met zorg in natura bedoelen wij dat u zorg ontvangt van een door ons gecontracteerde zorgverlener.

#### 1.4 Inhoud en omvang van de zorgverzekering

U heeft recht op zorg, of de vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in deze polisvoorwaarden als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Wanneer dit ontbreekt, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

#### 1.5 Wie mag de zorg verlenen

##### 1.5.1 Gecontracteerde zorgverlener

Zorg in natura wordt verleend door een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: dit heet een gecontracteerde zorgverlener.

Wanneer u zorg omschreven in rubriek B nodig heeft kunt u zich richten tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht met gecontracteerde zorgverleners vindt u op [zorgzekerheid.nl/zorgzoeker](http://zorgzekerheid.nl/zorgzoeker). Ook kunt u contact met ons opnemen via telefoonnummer (071) 5 825 825 of bezoek één van onze winkels.

De gecontracteerde zorgverlener ontvangt de vergoeding van de kosten van de geleverde zorg rechtstreeks van ons.

Voor de zorg genoemd in Rubriek B sluit Zorg en Zekerheid met zorgverleners contracten. In deze overeenkomsten maken wij afspraken over prijs, kwaliteit, doelmatigheid, de wijze van declareren en de voorwaarden waaronder zij de zorg kunnen verlenen.

## Artikel 20 Hulpmiddelen

### Waar heb ik recht op?

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De omvang van de aanspraak of vergoeding van hulpmiddelen wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen.

In het Reglement Hulpmiddelen zijn onder meer bepalingen te vinden over:

- de eventueel benodigde verwijzing met vermelding van de indicatie en, indien een verwijzing nodig is, van wie deze verwijzing afkomstig moet zijn;
- de eventueel benodigde voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid (met betrekking tot eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- de gebruikstermijn van het hulpmiddel;
- de gebruiksaantallen in het geval van verbruiksmiddelen;
- het in eigendom dan wel in bruikleen verstrekken van het hulpmiddel;
- de maximale vergoedingen en wettelijke eigen bijdragen;
- aan welke kwaliteitseisen de zorgaanbieder moet voldoen die het hulpmiddel levert.

Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via [zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden](http://zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden). Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

### Wat zijn de voorwaarden?

Het hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid.

### Waar heb ik geen recht op?

- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een Wlz-instelling waar hij verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

## Artikel 21 Ziekenvervoer

### 21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden:

- vervoer per ambulance, hiervan is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance;
- zittend ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of (eigen) auto.

### 21.2 Ambulancevervoer

#### Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid schriftelijke toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

#### Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ziekenvervoer:

- a. naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;
- c. naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
- d. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling:
  - waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
  - voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt.
- e. naar uw woning (of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen) indien u komt van een zorgverlener of instelling, zoals bedoeld onder a t/m d.