

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202302673

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van extra zuurstof tijdens een vliegreis te vergoeden. Hierbij heeft hij erop gewezen dat hij aan een aangeboren longziekte lijdt. Het bevreemdt hem dat het programma 'stoppen met roken' om economische redenen wél wordt vergoed en deze kosten niet. Hij heeft hier, anders dan een roker, immers niet voor gekozen. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar een standpunt uit 2007 van het toenmalige College Zorgverzekeringen (thans: Zorginstituut Nederland), gesteld dat de zorgverzekering voor zuurstof tijdens de vliegreis geen dekking kent.
- 1.2. De commissie overweegt dat in de wet is vastgelegd dat Zorginstituut Nederland de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, bevordert en met het oog hierop aan de zorgverzekeraars richtlijnen kan geven. Zorginstituut Nederland is daarnaast de bij wet aangewezen adviseur van de commissie. In het kader van de onderhavige procedure is aan het Zorginstituut advies gevraagd. Het Zorginstituut heeft de commissie hierop meegedeeld dat het standpunt uit 2007 van zijn rechtsvoorganger, het College Zorgverzekeringen (hierna: CVZ), nog onverkort geldt. Geadviseerd wordt daarom het verzoek af te wijzen. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd vormt voor de commissie geen aanleiding van dit advies af te wijken. Het verzoek wordt om die reden afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft op 16 november 2023 telefonisch aan een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat hij de commissie vraagt een uitspraak te doen. Op 24 november 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

- 2.2. Bij brief van 10 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 1 maart 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024001298) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 5 maart 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 maart 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 21 maart 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 1 maart 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 2 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 3 april 2024 aan partijen toegezonden, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus en Tandarts (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft een aangeboren longziekte, te weten Cystic Fibrosis. Hij is voornemens een vliegreis naar Canada te maken. Bij onderzoek in het AMC is gebleken dat hij bij een vlucht die langer dan twee tot drie uur duurt extra zuurstof nodig heeft. De kosten hiervan bedragen ca. € 275,- per keer en deze worden niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 3.3. Naar de commissie uit de stukken opmaakt, heeft verzoeker over het niet vergoeden van de kosten van de zuurstof bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend via Whatsapp. In vervolg hierop heeft op 16 maart 2023 een telefoongesprek met verzoeker plaatsgevonden, waarvan de inhoud door de ziektekostenverzekeraar per e-mail is bevestigd. In het ongedateerde e-mailbericht is verzoeker gewezen op de mogelijkheid zijn zaak voor te leggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Nadat verzoeker zich tot de SKGZ had gewend, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft vervolgens, ter onderbouwing van zijn afwijzende beslissing, het standpunt van het College Zorgverzekeringen uit 2007 - waarnaar door hem in de eerdere correspondentie was verwezen - nagestuurd. De bemiddeling is hierna gestaakt.
- 3.4. Bij brief van 1 maart 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 2 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van extra zuurstof tijdens een vliegreis te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker wijst er in het klachtenformulier van 30 september 2023 op dat Cystic Fibrosis een aangeboren longziekte is. Het bevreemdt hem dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van het programma 'stoppen met roken' om economische redenen wél vergoedt, maar dat de onderhavige

kosten voor eigen rekening blijven. Verzoeker heeft hier, anders dan een roker, immers niet voor gekozen. Een roker kan wel de hele wereld rondreizen.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij CF heeft en daarom moet vliegen met zuurstof. De lucht wordt in een vliegtuig wat ijler gehouden. Dat kan bij hem problemen opleveren. Er is een test gedaan, waaruit is gebleken dat zijn saturatie te snel zakt. Vanuit het AMC is gezegd dat het eventueel zonder zou kunnen, maar dan zou hij in ieder geval zeer vermoeid zijn. Mocht het toch mis gaan, dan blijven de kosten van een eventuele noodlanding voor zijn rekening. Voor fysiotherapie heeft verzoeker wel zuurstof vergoed gekregen. Dat is in dit geval niet meer nodig, omdat hij inmiddels medicatie heeft die heel goed werkt, waardoor dit bij het sporten niet meer nodig is. Voor het vliegen is dit helaas anders. Verzoeker blijft het vreemd vinden dat 'stoppen met roken' wel wordt vergoed, terwijl het een eigen keuze is geweest te beginnen met roken. De reden van deze vergoeding is kennelijk dat het duur kan worden voor de Staat als er wordt doorgedaan met roken. Hij heeft gezien in het advies van het Zorginstituut dat wordt gesproken over een zuurstofconcentrator. Eerder is hem door de ziektekostenverzekeraar gemeld dat dit niet kon. Het gaat daarbij overigens om een groot apparaat, waarvoor ook nog een groot aantal accu's moet worden meegenomen. Dit is niet praktisch.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in de ongedateerde heroverweging verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van extra zuurstof tijdens een vliegreis. Hij baseert zich hierbij op een standpunt van het CVZ van 31 juli 2007. Indien verzoeker meer wil weten over de achtergronden van dit standpunt kan hij contact opnemen met de rechtsopvolger van het CVZ, het Zorginstituut. Mogelijk vallen de kosten onder de dekking van een reisverzekering.
- 5.2. In zijn nader commentaar van 10 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat zuurstof gedurende de vliegreis, geleverd door een vliegtuigmaatschappij (omdat geen gebruik gemaakt mag worden van de eigen apparatuur) niet tot de te verzekeren prestaties behoort. Sinds het uitbrengen van het standpunt van het CVZ staan de meeste vliegtuigmaatschappijen inmiddels toe om met een eigen zuurstofconcentrator te vliegen. Hiermee kan iemand met een medische indicatie voor zuurstof in het dagelijks leven veelal uitkomen. Zuurstofapparatuur is opgenomen in artikel B.17.7 van het Reglement Hulpmiddelen en deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.9 van de Regeling zorgverzekering. Aanspraak bestaat op een vaste voorziening in de thuissituatie en een back-up (cilinders, voor het geval de basisvoorziening uitvalt). De leverancier beoordeelt daarnaast of de verzekerde ook aanspraak heeft op een mobiele voorziening, die moet worden ingezet voor kortdurend verblijf buitenshuis. Verzoeker heeft een extra bedrag van € 550,- euro aan kosten betaald aan KLM voor de benodigde zuurstofvoorziening tijdens zijn vlucht. Hij heeft normaal geen zuurstofvoorziening, maar had bij een arts een test gedaan waaruit bleek dat hij bij een vlucht op zuurstof is aangewezen. Hij had ook gekeken naar het alternatief: een zuurstofconcentrator huren bij een zorgleverancier. Alleen dat bracht ook kosten met zich, en dan had hij een concentrator op zijn tweeweekse reis moeten meenemen, terwijl hij de zuurstof alleen nodig had voor zijn vlucht. Overigens wordt de huur van een (mobiele) concentrator zonder zuurstofindicatie in het dagelijks leven en voor enkel een vliegreis niet vergoed uit de zorgverzekering, ook niet als de verhuur plaatsvindt bij een reguliere zorgleverancier.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zo al iets verzekerd zou zijn, dit de zuurstofconcentrator zou zijn. Helaas kan niet worden meegewogen dat andere zaken, zoals stoppen met roken, wel worden vergoed. Dit zijn keuzes die de wetgever maakt. De paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar was verrast door het advies van het Zorginstituut. Het was onduidelijk of de zuurstofconcentrator wel in het pakket hoort als deze kortdurend wordt gebruikt.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 1 maart 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag in geschil is of verzoeker in aanmerking komt voor vergoeding van extra zuurstof gedurende de vliegreis ten laste van de basisverzekering.

Uit het dossier is op te maken dat verzoeker cystic fibrosis heeft en een aanvraag heeft ingediend voor zuurstof in verband met een vlucht naar Canada.

Ter onderbouwing van de afwijzende beslissing baseert verweerder zich op een standpunt van CVZ uit 2007 en geeft aan dat hieruit volgt dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van extra zuurstof tijdens een vliegreis.

Daarnaast geeft verweerder aan dat het huren van een (mobiele) zuurstofconcentrator zonder medische zuurstofindicatie in het dagelijks leven en voor enkel een vliegreis niet voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering.

Zoals ook in het juridisch kader is uiteengezet, heeft CVZ in 2007 een standpunt ingenomen over zuurstofleveranties in het buitenland en de aanspraak daarop op grond van de Zorgverzekeringswet. Voor zover hier van belang, is daarin het volgende opgenomen:

"Zuurstof gedurende de vliegreis, geleverd door de vliegtuigmaatschappij (omdat geen gebruik mag worden gemaakt van de eigen apparatuur), behoort niet tot de te verzekeren prestaties."

Het standpunt is sindsdien ongewijzigd en anno 2024 geldt nog steeds dat zuurstofgedurende de vliegreis niet tot de te verzekerde prestaties behoort. Hoewel de vergoeding van zuurstofconcentratoren niet in geschil is, merkt het Zorginstituut hierover het volgende op. Onder de in artikel 2.9 van de Rzv omschreven hulpmiddelen vallen verschillende zuurstofbronnen, namelijk zuurstof en zuurstofconcentratoren. Zuurstof kan geleverd worden in gasflessen (zuurstofcilinder) of als vloeibare zuurstof. Een zuurstofconcentrator daarentegen bevat zelf geen zuurstof, maar het is een hulpmiddel, namelijk een apparaat dat zuurstof uit de omgevingslucht haalt. Omgevingslucht bestaat normaal gesproken uit ongeveer 20% zuurstof. De zuurstofconcentrator filtert de aangevoerde omgevingslucht en kan daardoor zuurstofrijke lucht (met meer dan 90% zuurstof) aanleveren.

In vliegtuigen wordt de luchtdruk geregeld (zodat deze niet afhankelijk is van de vlieghoogte), en de druk in de cabine is hierdoor vergelijkbaar met bergniveau. Dit betekent een lagere luchtdichtheid en lagere luchtdruk, met onder meer als gevolg dat de lucht iets minder zuurstof bevat dan op zeeniveau. Gezonde personen zullen hier doorgaans weinig van merken, maar voor longpatiënten kan dit onder andere leiden tot hypoxemie (te laag zuurstofgehalte in het bloed). Om die reden kan extra zuurstof gedurende een vliegreis geïndiceerd zijn. Als een verzekerde in het dagelijks leven geen zuurstof gebruikt, maar wegens medische gronden, zoals door een longaandoening, gedurende een vliegreis tijdelijk is aangewezen op extra zuurstof, is vergoeding van een (mobiele) zuurstofconcentrator niet uitgesloten. Uit de Regeling zorgverzekering blijkt niet dat er sprake moet zijn van permanent gebruik om aanspraak te kunnen maken op 'uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel', zoals bedoeld in artikel 2.6, onderdeel b, jo artikel 2.9 van de Rzv.

Tot slot geeft verweerder in het dossier aan dat de kosten van extra zuurstof mogelijk onder de reisverzekering vallen. Hierover merkt het Zorginstituut op dat zijn adviesbevoegdheid

geen betrekking heeft op de vraag of er aanspraak bestaat op vergoeding op grond van de reisverzekering.

Conclusie

Zuurstof gedurende de vliegreis, geleverd door een luchtvaartmaatschappij, komt niet ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van extra zuurstof tijdens een vliegreis, geleverd door de luchtvaartmaatschappij."

- 6.2. In het definitief advies van 2 april 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Hoorzittingsverslag

Het Zorginstituut heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen. Verzoeker geeft aan dat hij vanwege CF moet vliegen met zuurstof. De lucht wordt in een vliegtuig wat ijler gehouden en dat kan bij hem problemen opleveren. Verzoeker geeft aan dat uit een test is gebleken dat zijn saturatie te snel zakt. Vanuit het AMC is gezegd dat het eventueel zonder zou kunnen, maar dan zou hij in ieder geval zeer vermoeid zijn. Mocht het toch mis gaan, dan blijven de kosten van een eventuele noodlanding voor zijn rekening. Ook geeft verzoeker aan dat hij voor fysiotherapie wel zuurstof vergoed kreeg. Dat is in dit geval niet meer nodig, omdat hij inmiddels medicatie heeft die heel goed werkt, waardoor dit bij het sporten niet meer nodig is. Voor het vliegen is dit helaas niet het geval, aldus verzoeker. Wat betreft een zuurstofconcentrator geeft verzoeker aan dat dit voor hem geen optie was, ook omdat hij hiermee niet wilde rondlopen. Het gaat om een groot apparaat, waarvoor ook nog een groot aantal accu's moeten worden meegenomen. Partijen geven op de hoorzitting aan dat het niet duidelijk is of de zuurstofconcentrator verzekerde zorg is.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In geschil is vergoeding van zuurstof gedurende de vliegreis ten laste van de basisverzekering.

Uit het verslag van de hoorzitting blijkt dat partijen zich naar aanleiding van het voorlopig advies afvragen onder welke omstandigheden het gebruik van een zuurstofconcentrator tijdens een vlucht verzekerde zorg is.

Aangezien het geschil niet over een zuurstofconcentrator gaat, kan het Zorginstituut in dit individuele geschil hier geen uitspraak over doen.

Het Zorginstituut geeft wel mee dat het van de individuele situatie afhangt of iemand redelijkerwijs is aangewezen op een zuurstofconcentrator tijdens een vliegreis. Bij de beoordeling zou dan bijvoorbeeld een uitslag van een fit-to-fly c.q. HAST4 test kunnen worden meegenomen.

Conclusie

Zuurstof gedurende de vliegreis, geleverd door een luchtvaartmaatschappij, komt niet ten laste van de basisverzekering.

Het Zorginstituut kan in dit individuele geschil niet ingaan op gebruik van een zuurstofconcentrator, omdat dit geschil is beperkt tot de vraag of vergoeding van zuurstof gedurende de vliegreis ten laste van de basisverzekering komt.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van het oorspronkelijke dossier en het hoorzittingsverslag het volgende:

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van extra zuurstof tijdens een vliegreis, geleverd door de luchtvaartmaatschappij."

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 A.22.2. 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 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 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.
- 8.2. Op grond van artikel B.17.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op hulpmiddelenzorg. Voor de nadere uitwerking van deze aanspraak wordt in artikel B.17.2. verwezen naar het Reglement Hulpmiddelen (hierna: het reglement). Artikel B.17.7. van het reglement ziet op uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel. In dat verband worden onder andere genoemd 'zuurstofapparatuur met bijbehorende zuurstof, zuurstofconcentratoren met toebehoren en vergoeding van stroomkosten'. Deze hulpmiddelen worden in bruikleen verstrekt en kunnen worden voorgeschreven door de huisarts, longarts, cardioloog, neuroloog, kinderarts of verpleegkundig specialist onder supervisie van een medisch specialist. Bij de hulpmiddelen gaat het om een vaste voorziening voor in de thuissituatie en een back-up, en eventueel een mobiele voorziening. Dit ter beoordeling van de leverancier. Het voorgaande is gebaseerd op artikel 2.9 Rzv, waarin de desbetreffende aanspraak functioneel is omschreven. Eerder was een en ander geregeld in de artikel 2.6 jo. artikel 2.27 Rzv.
- 8.3. De vraag die thans ter beantwoording voorligt, is of de zuurstof gedurende de vliegreis, die wordt geleverd door de vliegtuigmaatschappij, valt onder de aanspraken op grond van artikel B.17.7. van het reglement. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar een standpunt van het CVZ van 31 juli 2007, waarin wordt opgemerkt: *"Zuurstof gedurende de vliegreis, geleverd door de vliegtuigmaatschappij (omdat geen gebruik mag worden gemaakt van de eigen apparatuur), behoort niet tot de te verzekeren prestaties."*
- 8.4. Het Zorginstituut heeft, gelet op artikel 64 Zvw, onder andere tot taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen. Het kan met het oog hierop aan de zorgverzekeraars richtlijnen geven. Voorheen lag deze taak bij het CVZ. Het door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde standpunt van dit college uit 2007 moet tegen deze achtergrond worden gezien. Het Zorginstituut is, op grond van artikel 114, derde lid, Zvw, tevens de bij wet aangewezen adviseur van de commissie, althans indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
In zijn advies aan de commissie van 1 maart 2024 merkt het Zorginstituut op dat het standpunt uit 2007 nog onverkort geldt. Om die reden wordt geadviseerd het verzoek af te wijzen. Hoewel de commissie begrip heeft voor de situatie van verzoeker, ziet zij in hetgeen door hem is aangevoerd - met name de vergelijking met het programma 'stoppen met roken', waarvan de kosten wél worden vergoed - geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Zij neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt dit tot het hare. Dit betekent dat de kosten van zuurstof tijdens de vliegreis niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 april 2024,

A.I.M. van Mierlo

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.znformulieren.nl onder Farmacie, dieetpreparaten.

Buiten de artsenverklaring is er ook altijd een mogelijkheid om een individuele akkoordverklaring aan te vragen.

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: 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 zorg 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 wel 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 heeft en/of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, 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 zorg-

verzekering 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 heeft. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garantievoorwaarden van de fabrikant en/of de zorgverlener.

Schade (kosten van reparatie en vervanging daarvoor 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 daarop 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 heeft u een verrijzing 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 ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft 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 heeft 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 ambulancevoorzieningen 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 helikoptervervoer 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 zorg 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 (tijdelijke of gebruikelijke) woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling, verpleging en/of zorg. Of, indien daar geen passende zorg mogelijk is, naar een verder gelegen plaats.
 - de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg; en
 - het woonadres of een andere woning, indien in de eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging mogelijk is.
 - Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz.
- Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Behandelaarsvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

Tarieven

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;

(...)

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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.9

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