

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden
Zaak : Hulpmiddelenzorg, CPAP-apparatuur, MRA, doelmatigheid, testperiode
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.9 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202102156
Zittingsdatum : 25 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 18 januari 2022 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 22 januari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 14 april 2022 (door de commissie ontvangen op 12 april 2022) heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 april 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. 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 mei 2022 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.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Vanwege Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS) heeft verzoekster CPAP-apparatuur in bruikleen verstrekt gekregen. In mei 2021 is zij gestart met een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA) ter vervanging hiervan. Hierna is de behandeling met de MRA gestaakt en heeft verzoekster verklaard weer gebruik te willen gaan maken van CPAP-apparatuur.
- 3.3. Door de leverancier van de CPAP-apparatuur is in dat verband op 6 augustus 2021 een 'Medische motivatie voor CPAP na MRA' (bedoeld zal zijn: 'motivering', commissie) gegeven, waarin onder andere staat:

"Apneu/hypopneu index Voor: 17,8 Na met MRA: 3,1 Na met CPAP: 1,2"

en:

"Herindicatie APAP gezien de MRA toch meer klachten van doorslaap problemen en moeheid gaf."

Op de ingediende aanvraag werd door de ziektekostenverzekeraar op 4 september 2021 afwijzend beslist.

- 3.4. Bij brief van 11 november 2021 heeft de tandarts die de MRA vervaardigde en plaatste verklaard:

"Hierbij verklaar ik dat [verzoekster, geb.] helaas de op 6/5/21 geplaatste MRA niet kan verdragen. Er dient derhalve een andere oplossing [te] komen."

- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 14 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Hierop heeft verzoekster nogmaals om heroverweging verzocht. De ziektekostenverzekeraar reageerde bij brief van 9 november 2021, onder handhaving van zijn afwijzende beslissing.

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar haar opnieuw CPAP-apparatuur in bruikleen moet verstrekken.

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 4.6.1 van de voorwaarden 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 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster licht toe dat zij wilde starten met CPAP-apparatuur vanwege hoge bloeddruk en hartkloppingen in de nacht. Op 30 september 2020 heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar telefonisch navraag gedaan. Er werd haar verteld dat de kosten hiervan worden vergoed. Op 30 oktober 2020 is met de behandeling gestart. Omdat verzoekster psychische klachten ondervond en meer last had van tinnitus bij gebruik van het masker, verwees de behandelend neuroloog haar door naar een gespecialiseerde tandarts voor de vervaardiging en plaatsing van een MRA. Verzoekster heeft op 7 april 2021 gebeld met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, die haar bevestigde dat indien tijdens de testperiode zou blijken dat de MRA niet zou beviel, zij gebruik kon blijven maken van de CPAP-apparatuur. Op 6 mei 2021 is verzoekster gestart met de MRA. Zij ervoer al snel klachten bij het gebruik van dit hulpmiddel en daarom werd opnieuw een slaapttest uitgevoerd. Vervolgens is de keuze gemaakt terug te gaan naar de CPAP-apparatuur. Verzoekster is hieraan inmiddels gewend en slaapt nu veel beter, ondanks de tinnitus.

Volgens verzoekster werd zij, toen zij de MRA nog gebruikte, vaak wakker, en kwamen de klachten van hoge bloeddruk en hartkloppingen in de nacht terug. Verzoekster benadrukt dat zij de CPAP-apparatuur en de MRA nooit tegelijk heeft gebruikt.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. Onder verwijzing naar artikel 20 van de verzekeringsvoorwaarden en naar het Reglement Hulpmiddelen 2021, stelt de ziektekostenverzekeraar dat verstrekking van CPAP-apparatuur in de situatie van verzoekster niet doelmatig is, aangezien onvoldoende grond bestaat voor een medische noodzaak tot het verstrekken van deze apparatuur binnen de gebruikstermijn van de MRA. Deze gebruikstermijn is vijf jaren.
- De ziektekostenverzekeraar licht toe dat uit de AHI-waarden vóór de MRA en ná de MRA blijkt dat het hulpmiddel doelmatig is (één niveau gedaald in de AHI waarden en mate van OSAS). De keuze voor een MRA is overigens gemaakt op basis van psychische voor- en nadelen, en niet omdat sprake was van een falend hulpmiddel. De complicaties waarnaar verzoekster verwijst betreffen losstaande aandoeningen, die geen relatie hebben met OSAS. De hoge bloeddruk en hartkloppingen waren al aanwezig voordat met het gebruik van de hulpmiddelen werd gestart. Voor voortijdige vervanging van de MRA bestaat geen medische noodzaak. In- en doorslaapproblemen en meer moeheid overdag zijn geen graadmeter voor de effectiviteit van een MRA. AHI waarde en de mate van slaperigheid overdag (hypersomnolentie) zijn dit wel. Bij verzoekster is de AHI gedaald tot onder de 5 ('geen OSAS'). De klachten die zij heeft bij gebruik van de MRA zijn niet medisch of tandheelkundig geobjectiveerd.
- De ziektekostenverzekeraar bevestigt dat op 7 april 2021 telefonisch contact heeft plaatsgevonden. Door de medewerker is toen gewezen op de testperiode van de MRA, waarbij voor meer informatie hierover is verwezen naar de tandarts. Nadat met de MRA was gestart, zijn over de maanden mei en juni 2021 geen kosten van CPAP-apparatuur meer vergoed aan de leverancier. Verzoekster had dit kunnen weten aan de hand van het Reglement Hulpmiddelen 2021, waarin staat dat beide hulpmiddelen niet kunnen worden gecombineerd. Daarbij heeft de behandelend neuroloog op 6 april 2021 verklaard: "MRA mag ingeleverd worden".

Overwegingen commissie

- 6.4. In artikel 2.9 Bzv is de aanspraak op hulpmiddelenzorg geregeld. Deze aanspraak is nader uitgewerkt in artikel 2.6 Rzv. Onder b worden genoemd uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9 Rzv. Volgens het eerste lid betreft het hierbij uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van bepaalde stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend. Artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van het Reglement Hulpmiddelen 2021 zijn op het voorgaande gebaseerd.
- De commissie merkt op dat OSAS een stoornis in de functie van het ademhalingsstelsel is. De door verzoekster daarnaast ervaren klachten van hoge bloeddruk en hartkloppingen spelen in dit verband dan ook geen rol. Het staat vast dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een hulpmiddel zoals hier bedoeld, dat wil zeggen op CPAP-apparatuur of een MRA, waarmee is voldaan aan de in artikel 2.1 Bzv neergelegde eis. De vraag die ter beantwoording voorligt is of het opnieuw verstrekken van CPAP-apparatuur in haar geval doelmatig is, nu zij vanaf 6 mei 2021 de beschikking heeft over een MRA.
- 6.5. 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. Een eventueel doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover 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 de zorg waarop een verzekerde aanspraak maakt en anderzijds de geschiktheid en doeltreffendheid van de te verlenen zorg. Tegen deze achtergrond moet worden beoordeeld of de

ziektekostenverzekeraar op redelijke gronden heeft besloten niet opnieuw CPAP-apparatuur aan verzoekster te verstrekken.

- 6.6. De commissie stelt vast dat in artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering tussen partijen afspraken zijn gemaakt over de doelmatigheid van de zorg en overige diensten, zodat de ziektekostenverzekeraar hierover kan oordelen. Uit de toelichting van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat deze de aanvraag voor CPAP-apparatuur heeft afgewezen omdat met het gebruik van de MRA het beoogde doel, te weten een verlaging van de AHI waarde tot < 5 , is behaald. Voorts zijn de klachten bij gebruik van de MRA niet medisch of tandheelkundig geobjectiveerd. Tot slot is de normale gebruikstermijn van een MRA vijf jaren; deze termijn is nog niet verstreken.
- 6.7. Gelet op artikel 7 van het Reglement Hulpmiddelen 2021 van de ziektekostenverzekeraar, wordt CPAP-apparatuur niet vergoed in combinatie met een MRA. Ten behoeve van verzoekster is een MRA vervaardigd en geplaatst, en de kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Vanaf dat moment bestond dan ook geen aanspraak meer op het in bruikleen verstrekte CPAP-apparaat. Of verzoekster de beide hulpmiddelen al dan niet feitelijk heeft gebruikt in de zelfde periode is hierbij niet van belang. Vervolgens moet worden vastgesteld dat bij gebruik van de MRA de AHI waarde daalde van 17,8 tot 3,1. Hiermee was het beoogde behandeldoel bereikt. Tevens verminderden de tinnitusklachten. Door verzoekster is gesteld dat zij daarentegen klachten ervoer met het in- en doorslapen. In hoeverre de MRA hieraan debet is, blijkt niet uit de stukken. Hierbij wordt herhaald dat het hulpmiddel wordt verstrekt of vergoed in geval van een stoornis in de ademhalingsfunctie, en dus niet ter verbetering van de slaap. In de aangehaalde regelgeving is daartoe een uitsluiting opgenomen voor apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken (artikel 2.9, derde lid, onder b, Rzv). Gelet op de normale gebruikstermijn van een MRA kon de ziektekostenverzekeraar onder deze omstandigheden besluiten dat verstrekking van CPAP-apparatuur niet doelmatig is.
- 6.8. Verzoekster heeft verwezen naar een tweetal telefonische contacten. Het eerste vond plaats op 30 september 2020. Kennelijk is toen door verzoekster navraag gedaan naar de vergoeding van CPAP-apparatuur. Op dat moment is terecht geantwoord dat genoemd hulpmiddel ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Vervanging door een MRA was destijds nog niet aan de orde. Een volgend contact vond plaats op 7 april 2021. Over wat toen is besproken lopen de lezingen van partijen uiteen. Volgens de ziektekostenverzekeraar ging het gesprek over de testperiode van de MRA en is voor meer informatie hierover verwezen naar de tandarts. Verzoekster heeft gesteld dat haar is gezegd dat indien de MRA tijdens de testperiode niet zou bevallen, zij weer de keuze kon maken voor CPAP-apparatuur. Met name het bestaan van een keuzemogelijkheid is door de ziektekostenverzekeraar bestreden. Daarmee komt de vraag op of verzoekster het begrip 'testperiode' heeft mogen opvatten zoals zij kennelijk heeft gedaan. De commissie overweegt in dit verband dat verzoekster de MRA wilde proberen vanwege psychische klachten door de CPAP-apparatuur, alsmede toegenomen klachten van tinnitus. Verzoekster ging ervan uit dat een MRA hiervoor de oplossing zou zijn. Ondanks het feit dat dit niet in lijn der verwachting lag, bleek bij gebruik van het hulpmiddel dat dit voor verzoekster dermate veel klachten opleverde dat zij terug wilde naar de CPAP-apparatuur. De commissie oordeelt dat onder deze omstandigheden, en gelet op het spraakgebruik, verzoekster het begrip 'testperiode' mocht begrijpen zoals zij dat heeft gedaan. Dat wil zeggen dat als de MRA niet zou voldoen om de klachten door de CPAP-apparatuur te verhelpen of verminderen, zij weer kon terugvallen op laatstgenoemd hulpmiddel. Indien de ziektekostenverzekeraar met de term 'testperiode' wilde uitdrukken dat deze alleen was bedoeld om te achterhalen of met de MRA de beoogde medische resultaten konden worden bereikt - met name vermindering van de AHI-waarde - had het op zijn weg gelegen dit duidelijker naar verzoekster toe te communiceren, in die zin dat een terugkeer naar de CPAP-apparatuur om een andere reden - na aanschaf van de MRA - in beginsel gedurende vijf jaren niet meer mogelijk zou zijn. Nu gesteld noch gebleken is dat dit laatste tijdens het telefoongesprek is gebeurd, oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar opnieuw CPAP-apparatuur in bruikleen moet verstrekken aan verzoekster.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar

(i) opnieuw CPAP-apparatuur in bruikleen moet verstrekken aan verzoekster, en
(ii) haar het aan de commissie betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 20 juni 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

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, 2.8 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.

Omschrijving medisch hulpmiddel	Artikel volgens Regeling zorgverzekering	Specifieke bepaling voor hulpmiddelensoort
CPAP apparatuur incl. luchtbevochtigingskamer en gebruiksartikelen	2.6.b; 2.9	<p>Voor een lichte vorm van Obstructief Slaapapneu (OSA) (tot 15 Apneu Hypopneu Index (AHI)) heeft u vooraf voor het verkrijgen van CPAP apparatuur toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. U kunt dit via een gecontracteerde leverancier laten aanvragen.</p> <p>Voor het jaarlijks onderhoud van de apparatuur heeft Zorg en Zekerheid een afspraak gemaakt met uw leverancier. Naast het onderhoud omvat de zorg ook jaarlijks een nieuwe slang en masker. Aangezien Zorg en Zekerheid dit voor u heeft bepaald, heeft dit jaarlijks onderhoud geen effect voor uw Eigen Risico.</p> <p>De vergoeding voor de proefplaatsing van CPAP apparaten valt onder medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis.</p> <p>CPAP apparatuur wordt niet vergoed in combinatie met een MRA.</p>
Daisyspeler	2.6.t; 2.26.g	<p>Er bestaat uitsluitend aanspraak op (vergoeding van) een daisyspeler voor diegenen die zijn uitbehandeld voor dyslexie.</p> <p>Er is sprake van uitbehandelde dyslexie op basis van de criteria zoals genoemd in het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling (L. Blomert 2006) Daarnaast dient een verklaring van uitbehandeling te zijn verstrekt door een:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GZ-psycholoog, aangesloten bij een gezondheidsinstelling óf aangesloten bij Onderwijszorg Nederland (ONL); of - Registerpsycholoog NIP/Kinder- en Jeugd.
Diabetes prikapparatuur met lancetten en/of teststrips Zwangerschapsdiabetes	2.6.o	<p>Voor het aantal te vergoeden diabetesmaterialen is tabel 4 Lancetten en teststrips van het Reglement Hulpmiddelen artikel 7 van toepassing.</p> <p>De verzekerde heeft recht op maximaal één insulinepen plus één reserve-exemplaar per drie jaar.</p> <p>Er kan worden afgeweken van bovengenoemde gebruiksnormen indien dit redelijkerwijs is aangewezen. Dit moet vooraf schriftelijk worden aangevraagd en zal worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid.</p> <p>In tegenstelling tot hetgeen in Bijlage 1 is vermeld, is voor bijzondere bloedglucosemeters bij een visusafwijking wel voorafgaand schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid noodzakelijk.</p> <p>Voor zwangerschapsdiabetes geldt: één à twee injecties per dag, maximaal 100 teststrips per drie maanden. Bij drie of meer injecties per dag, maximaal 400 teststrips per drie maanden.</p>

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. 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.