



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Hulpmiddelenzorg, frequentie verstrekking CPAP maskers en banden, adequate zorg, zorgplicht

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 onder b en 2.9 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201902701

Zittingsdatum : 2 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 24 april 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 24 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 26 juni 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 30 juli 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020029999) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 4 augustus 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker heeft bij brieven van verschillende data gereageerd op het advies van het Zorginstituut en nieuwe argumenten aangedragen. Afschriften van deze brieven zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 september 2020 gehoord.
- 2.6. Na de hoorzitting heeft de commissie aan beide partijen schriftelijk vragen gesteld. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 10 september 2020 respectievelijk 17 september 2020 een antwoord gegeven op deze vragen. Kopieën van beide reacties zijn aan de wederpartijen gestuurd. Verzoeker heeft op 23 september 2020 gereageerd op de laatste brief van de ziektekostenverzekeraar.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 17 september 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 1 oktober 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij brief, gedateerd 7 juli 2020, ontvangen door de commissie op 5 oktober 2020, op het definitief advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 6 oktober 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Zorg Plan Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Royaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoeker is bekend met het obstructief slaapapneusyndroom (OSAS). In verband daarmee krijgt hij Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) therapie. De bijbehorende apparatuur krijgt hij geleverd door een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen leverancier hulpmiddelen. Deze leverancier heeft verzoeker meegedeeld dat hij per jaar één masker inclusief toebehoren verstrekt krijgt. Verzoeker gebruikt echter vier maskers met toebehoren per jaar, zodat hij aanspraak heeft gemaakt op dit aantal.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft, in reactie hierop, bij brief van 13 november 2019 aan verzoeker meegedeeld dat hij contact kan opnemen met de leverancier hulpmiddelen. Deze bepaalt hoeveel maskers en toebehoren worden verstrekt.

3.4. De behandelend physician assistant heeft op dezelfde datum over verzoeker verklaard:

*"(...) Bovengenoemde patiënt is bij mij onder behandeling in verband met Slaap Apneu. Er is sprake van een chronische huidaandoening waar meneer voor wordt behandeld. Deze behandeling heeft als bijeffect dat de CPAP maskers sneller slijten dan gebruikelijk is. Daarom wil ik u verzoeken om 4 maskers per jaar te vergoeden, zodat patiënt zijn CPAP apparaat trouw kan gebruiken. (...)"*

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brieven van 4 en 19 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat (i) de leverancier hulpmiddelen voldoende maskers en toebehoren heeft verstrekt, (ii) de door verzoeker via Amazon aangeschafte maskers met toebehoren niet worden vergoed, en (iii) verzoeker geen schadevergoeding ontvangt voor de tijd die hij heeft besteed aan het voorleggen van zijn klacht.

3.6. De behandelend physician assistant heeft op 16 maart 2020 over verzoeker verklaard:

*"(...) Bovengenoemde patiënt is bij mij onder behandeling in verband met slaapapneu.*

*Er is bij patiënt een hoge druk behoefte, met een huidige druk van 13-14cm H2O. Door de hoge druk ontstaat er lekkage van het masker, waardoor de banden steviger moeten worden aangetrokken. Dit veroorzaakt verlies van functionaliteit van zowel het masker/siliconen inzet, als de banden. Het gevolg hiervan is dat deze eerder moeten worden vervangen dan gemiddeld genomen het geval is.*

*Daarnaast lijdt patiënt aan seborroisch eczeem, waarvoor hij Mometasonfuroaat vetzalf (normaal 1x per week, toenemend tot 1x per dag bij actief eczeem) gebruikt. Dit maakt de huid vet, waardoor het siliconen masker minder goed blijft zitten en er lekkage optreedt. Om dit te voorkomen moeten de banden steviger worden aangetrokken wat de functionaliteit van de banden en de siliconen inzet vermindert. Het gevolg hiervan is dat deze daarom eerder moeten worden vervangen dan gemiddeld genomen het geval is.*

*Samenvattend hebben zowel de hoge druk als het gebruik van de vetzalf tot gevolg dat de banden steviger moeten worden aangetrokken dan bij een lagere druk en bij geen gebruik van vetzalf. Dit heeft invloed op de levensduur en functionaliteit van de maskerbanden en van de siliconen inzet.*

*Het is medisch noodzakelijk om het OSA te behandelen, dit is niet mogelijk met banden en een maskerinzet waarvan de functionaliteit is afgenomen. Ik wil u hierom dan ook verzoeken om 4 maskers/siliconen inzet en bijbehorende banden per jaar te vergoeden. (...)"*

3.7. Bij brief van 30 juli 2020 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

*"(...) De physician assistant van de afdeling longgeneeskunde, bij wie verzoeker vanwege de slaapapneu onder behandeling is, licht in haar brief van 16 maart 2020 toe waarom verzoeker vier maskerkussens en bijbehorende banden per jaar nodig heeft. Bij verzoeker is sprake van een hoge drukbehoefte (13-14 cm H2O) voor de CPAP, waardoor de banden steviger moeten worden*

*aangetrokken. Dit veroorzaakt verlies van functionaliteit van de siliconen inzet van het masker en van de banden. Dit heeft tot gevolg dat de onderdelen eerder dan gemiddeld vervangen moeten worden.*

*Daarnaast heeft verzoeker seborroïsch eczeem, een huidaandoening waarvoor hij 1x per week tot 1x per dag bij actief eczeem zalf (mometasonfuroaat vetzalf) moet gebruiken. Doordat dit de huid vet maakt blijft het siliconen masker minder goed zitten en om lekkage te voorkomen moeten de banden ook steviger worden aangetrokken.*

*Zowel de benodigde hoge druk als het gebruik van de vetzalf heeft tot gevolg dat de banden dusdanig stevig moeten worden aangetrokken waardoor de functionaliteit en levensduur van de maskerbanden en de siliconen inzet korter is dan gebruikelijk. De medisch noodzakelijke behandeling van de OSA is volgens de physician assistant niet mogelijk met banden en een maskering van de functionaliteit is afgenomen.*

*In bijlage 2 bij de brief van 24 april 2020 geeft verzoeker aan dat in het jaar 2018 en 2019 in contact is geweest met de toenmalige OSAS-consulent / maskerspecialist van de leverancier en dat er verschillende CPAP-maskers zijn uitgetest. Hierbij bleek de Resmed F30 adequaat voor de behandeling van de OSA (daling AHI van 50 naar de streefwaarde van 5), maar met sneller verlies aan functionaliteit van het kussen en de banden zodat deze elk kwartaal vervangen moeten worden. De Resmed F20 gebruikte verzoeker in noodgevallen, als het een nacht niet lukte om de F30 lek dicht te krijgen, maar deze gaf minder verbetering van de AHI (8-10) en veroorzaakte drukplekken op de neusbrug. De overige geteste maskers bleken ongeschikt te zijn, aldus verzoeker.*

*Bij de behandeling van OSAS met CPAP is het noodzakelijk dat een verzekerde beschikt over een adequaat hulpmiddel. Volgens de brief van verweerder van 13 november 2019 vervangt de leverancier hulpmiddelen die toebehoren als dit (medisch) noodzakelijk is en op advies van de behandelend verpleegkundig specialist of fabrikant.*

*Een verzekerde is echter gehouden het hem in eigendom verschaft middel goed te verzorgen. Bij schade of verlies door onzorgvuldigheid van verzekerde, kan een aanvraag voor vervanging afgewezen worden. Uit de voorliggende informatie is op te maken dat hiervan in [het] geval van verzoeker geen sprake is, en dat de noodzaak van voortijdige vervanging op medische/ zorginhoudelijke gronden gestoeld is.*

### **Conclusie**

*Op grond van de informatie van de physician assistant is de conclusie dat voldoende aannemelijk is gemaakt dat tijdige vervanging van het maskerkussen (siliconen inzet) en van de banden van het CPAP-masker medisch noodzakelijk is en dat verzoeker dan ook is aangewezen op het door de zorgverlener genoemde aantal van deze onderdelen per jaar.*

### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: verzoeker is redelijkerwijs aangewezen op het door de physician assistant genoemde aantal CPAP-maskers en toebehoren. (...)*

3.8. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 1 oktober 2020 over verzoeker verklaard:

*"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.*

*Wel wil het Zorginstituut graag nog het volgende opmerken. Verweerder geeft aan dat zij het verlies van functionaliteit van de siliconen inzet van het masker, en daarmee de redenering van het Zorginstituut, niet kunnen volgen. Verweerder stelt dat in de vetzalf van verzoeker geen agressieve*

*stoffen zitten die de siliconen inzet van het masker aantasten. Daarnaast zit de hoofdband volgens verweerder vast aan het kunststofdeel van de masker en niet aan de siliconen inzet.*

*Uit het dossier blijkt dat er verlies aan functionaliteit van zowel de banden (verminderde elasticiteit) als van de siliconen inzet (materiaal vervorming) optreedt, vanwege hoge benodigde druk en vanwege een extra vette huid door huidbehandeling. Dat de zalf zelf een schadelijke werking zou hebben, wordt in het dossier niet als oorzaak door de physician assistant genoemd. Ook het gegeven dat de hoofdband niet vast zit aan de siliconen inzet is hier niet relevant.*

*De opmerkingen van verweerder weerspreken dus niet de conclusie van het Zorginstituut in het voorlopig advies. (...)"*

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te bepalen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de zorgplicht tussen 30 oktober 2019 en 4 februari 2020 heeft geschonden door hem niet te voorzien van voldoende maskers en toebehoren;
- (ii) hij recht heeft op vier maskerkussens, vier maskerbanden en één maskerframe per jaar;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door hem via Amazon aangeschafte maskeronderdelen ten bedrage van € 175,15 te vergoeden, verhoogd met 2% rente vanaf 12 november 2019;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem een extra Resmed F30 masker te verstrekken als reserve;
- (v) de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem te (laten) betrekken in het testen van het nieuwe Resmed F30i masker;
- (vi) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de eerder genomen beslissingen in te trekken, hem dit schriftelijk te bevestigen en hiervoor een genoegdoening te geven.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 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.

#### Standpunten partijen

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij niet alleen OSAS heeft, maar ook een chronische huidaandoening, waarvoor hij een vette crème op zijn gezicht moet smeren. Hierdoor slijten de gezichtsmaskers van het CPAP-apparaat sneller dan gebruikelijk. Verzoeker moet de banden van de maskers harder aantrekken dan gemiddeld om te zorgen dat het masker niet van zijn gezicht glijdt en vanwege een bestaande hoge drukbehoefte. Als het masker niet goed aansluit, werkt het niet goed. Met vier maskers en toebehoren per jaar heeft hij voldoende adequaat materiaal.

- 6.3. De leverancier heeft hem in eerste instantie vier maskers met toebehoren per jaar geleverd, maar was later van oordeel dat verzoeker zou moeten toekunnen met één masker per jaar, omdat dit de "norm" was die de ziektekostenverzekeraar hem in de onderhandelingen heeft opgelegd. Daarom heeft de leverancier in de periode van 30 oktober 2019 tot 4 februari 2020 geen maskers en toebehoren aan verzoeker geleverd. Deze norm is overigens niet in de voorwaarden van de zorgverzekering of in het bijbehorende 'Reglement hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar vastgelegd.
- 6.4. Omdat verzoeker gedurende de periode van 30 oktober 2019 tot 4 februari 2020 meer dan één masker met toebehoren nodig had, heeft hij gezocht naar de meest voordelige oplossing. Die vond hij bij Amazon, waar de maskers bovendien 50% goedkoper waren dan bij de leverancier. De hiervoor door hem gemaakte kosten bedragen € 175,15. Deze kosten heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij de beoordeling van de noodzaak voor het gebruik van hulpmiddelen heeft uitbesteed aan zijn leverancier hulpmiddelen. Deze heeft geoordeeld dat verzoeker toe kan met één masker met toebehoren per jaar. De medische noodzaak voor het gebruik van meer maskers is niet aangetoond. De leverancier heeft eerder ervoor gekozen de maskers en toebehoren toch aan verzoeker te leveren.
- 6.6. Volgens verzoeker zijn een tijd lang geen maskers aan hem geleverd. De ziektekostenverzekeraar is dit nagegaan. In 2018 zijn aan verzoeker drie maskers geleverd, één extra siliconen maskerkussen, één extra hoofdband en twee waterbakjes. In 2019 leverde de leverancier vijf maskers, één extra siliconen maskerkussen, en één extra hoofdband. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dan ook dat hij niet heeft voldaan aan de op hem rustende zorgplicht. Omdat verzoeker over voldoende maskers beschikte, is de ziektekostenverzekeraar niet bereid hem het via Amazon aangeschafte masker met toebehoren te vergoeden of hem een schadevergoeding te betalen.

#### Overwegingen

- 6.7. Uit de stukken blijkt dat in 2019 totaal vijf maskers met toebehoren, een extra maskerkussen en tweemaal een extra hoofdband aan verzoeker zijn geleverd. Het tegendeel heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft in samenspraak met de leverancier inmiddels erkend dat verzoeker aanspraak heeft op vier maskers met toebehoren per jaar, dat wil zeggen een volledig masker (met maskerkussen en banden) plus drie maskerkussens en drie banden. Ook het Zorginstituut heeft in zijn advies geoordeeld dat verzoeker is aangewezen op vier maskerkussens en de bijbehorende banden per jaar. Een aparte schriftelijke bevestiging van het intrekken van eerder ingenomen standpunten hierover heeft geen toegevoegde waarde.
- 6.8. Het door de ziektekostenverzekeraar lopende deze procedure voorgestelde huisbezoek geeft geen aanleiding af te wijken van het advies van het Zorginstituut. Immers, de aanspraak staat niet ter discussie in dit advies en het huisbezoek lijkt er juist op gericht dit nader te onderzoeken. De argumenten die de ziektekostenverzekeraar aandraagt voor het voorgestelde huisbezoek hebben daarbij geen of althans onvoldoende betrekking op de onderbouwing in het advies van het Zorginstituut, namelijk de noodzaak de banden stevig aan te trekken en het feit dat het niet de vetzalf is die de banden aantast. Bovendien had de ziektekostenverzekeraar in een eerder stadium nader onderzoek uit kunnen voeren, maar heeft hij dit nagelaten. Dit komt voor risico van de ziektekostenverzekeraar.
- 6.9. Volgens de verklaring van verzoeker heeft hij op 4 februari 2020 weer een nieuw masker met toebehoren van de leverancier ontvangen. Het kan zijn dat in de periode van 30 oktober 2019 tot 4 februari 2020 tijdelijk geen maskers aan verzoeker zijn geleverd, maar uitgaande van de door de ziektekostenverzekeraar genoemde aantallen en een gelijkmatig gebruik gedurende het jaar had verzoeker er vóór 30 oktober 2019 voldoende ontvangen om hiermee toe te kunnen tot 4 februari

2020. In 2019 werden immers niet vier maar ten minste vijf maskers met toebehoren aan hem geleverd.

6.10. Omdat verzoeker aldus steeds de beschikking had over een adequaat functionerend hulpmiddel, heeft de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht niet geschonden. Daarom bestaat ook geen aanleiding hem te verplichten verzoeker het via Amazon aangeschafte masker te vergoeden of hem een schadevergoeding te betalen. De overige door verzoeker naar voren gebrachte argumenten, onder andere dat de leverancier niet tijdig op zijn klachten heeft gereageerd en dat hij soms materialen heeft gekregen die te klein voor hem waren, kunnen niet leiden tot een ander oordeel. Het al dan niet (tijdig) reageren op een klacht door de leverancier brengt geen verandering in de feitelijke situatie, waarin verzoeker steeds beschikte over het voor hem noodzakelijke hulpmiddel. Verder is niet gebleken dat verzoeker uiteindelijk niet die hulpmiddelen en toebehoren geleverd heeft gekregen die voor hem passend waren.

6.11. Voor verstrekking van een reservemasker, zoals door verzoeker gevorderd, bestaat geen grond. Dit onderdeel van het verzoek wordt daarom afgewezen. Ook het onderdeel van zijn verzoek dat betrekking heeft op de deelname aan de test van een nieuw type masker wordt afgewezen. Afgezien van de vraag of de ziektekostenverzekeraar daarover kan beslissen, betreft het geen verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 november 2020,



J.W. Heringa



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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



# Besluit zorgverzekering

Geldig van 26-06-2019 t/m heden

## Artikel 2.9

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

---

# Regeling zorgverzekering

---

## Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

## **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.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 10

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

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

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 11

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener](http://www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

### 3.4 Fysiotherapie in verband met etalagebenen (claudicatio intermittens ofwel perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van etalagebenen? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut? Dan heeft u recht op ten hoogste 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

#### Voorwaarde voor het recht op fysiotherapie

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op gesuperviseerde oefentherapie voor etalagebenen (claudicatio intermittens ofwel perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine).

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- oefentherapie voor perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine. U heeft dan mogelijk recht op fysio- of oefentherapie op grond van artikel 3.1;
- zwangenschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
  - afspraken buiten reguliere werktijden;
  - niet-nagekomen afspraken;
  - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener](http://www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij nietgecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

### 3.5 Fysiotherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van artrose in het heup- of kniegewricht? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut? Dan heeft u recht op ten hoogste 12 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

#### Voorwaarde voor het recht op fysiotherapie

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op gesuperviseerde oefentherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht.

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- zwangenschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
  - afspraken buiten reguliere werktijden;
  - niet-nagekomen afspraken;
  - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener](http://www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

## Hulpmiddelen

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u het ZorgPlan Natura? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u het ZorgPlan Restitutie? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

#### 4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- een eventueel reservehulpmiddel.

#### Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen.

In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden Basisverzekeringen'.

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 30 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.



### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

**Let op!** Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener](http://www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

## Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u het ZorgPlan Natura? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u het ZorgPlan Restitutief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

### 5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

#### U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;
- de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
  - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
  - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
  - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als "preferent". Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

#### Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

- De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
- U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
  - u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
  - u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
  - is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: <http://wetten.overheid.nl>; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2;
  - als ze zijn voorgeschreven door een jeugdarts, medisch specialist of diëtist. De huisarts kan dieetpreparaten alleen voorschrijven bij allergieën die met een provocatie-eliminatie-test vastgesteld zijn.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

#### Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

**Let op!** Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar.

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts is geen eigen risico verschuldigd.

