

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid  
U.A. te Leiden  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, lymfoedeem, Lympha Press®, indicatie  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, onder m, Rzv  
Zaaknummer : 202101726  
Zittingsdatum : 27 juli 2022

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 1 maart 2022 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Hierop heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen het dossier overgedragen aan de commissie. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 25 maart 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 2 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 juni 2022 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 23 juni 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022022624) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 juni 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 juli 2022 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 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 23 juni 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 16 augustus 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Gemeente-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 25 januari 2021 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een Lympha Press®. Bij brief van 2 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag wordt afgewezen.

- 3.3. Verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar opgekomen tegen zijn afwijzende beslissing. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 5 maart 2021 aanvullende informatie heeft opgevraagd bij de hulpmiddelenleverancier. De inhoud van voornoemde brief luidt, voor zover hier relevant:

*"(...) Ontbrekende informatie*

*Voor aanvragen hebben wij voorwaarden afgesproken waaraan deze minimaal moeten voldoen. De door u ingediende aanvraag voldoet niet aan deze voorwaarden, omdat er gegevens ontbreken.*

*De ontbrekende gegevens zijn:*

- Voorschrift van een medisch specialist;*
- Het is onduidelijk wie de motivatie heeft geschreven, en dan met name over wat voor soort therapeut hier sprake van is;*

*Verder worden een aantal vragen niet beantwoord in de onderbouwing:*

- Wordt het apparaat voor een periode van minimaal 6 maanden ingezet?*
- Zullen de behandelingen in de praktijk met minimaal 50% afnemen door het gebruik van lymfapress-apparatuur?*
- Is er sprake van een stabiele situatie?*
- Hoe lang is de verzekerde in behandeling geweest en met welk resultaat?*

*Wanneer wij de ontbrekende gegevens van u ontvangen, zullen wij de aanvraag opnieuw in behandeling nemen. Als wij de ontbrekende gegevens niet ontvangen, handhaven wij de afwijzing. Voor de volledigheid attenderen wij u erop dat een heroverweging kan leiden tot een andere afwijgrond. (...)"*

- 3.4. Bij brief van 15 maart 2021 heeft de behandelend fysiotherapeut/oedeemtherapeut op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 maart 2021 gereageerd. Hierin is over verzoekster verklaard:

*"(...) Het apparaat wordt voor een periode van minimaal 6 maanden ingezet. Mevrouw heeft een chronische vorm van lymfoedeem. Dit betekent dat het oedeem helaas niet weg zal gaan, maar met het gebruik van de IPC (commissie: Intermitterende Pneumatische Compressietherapie) wel gestabiliseerd kan worden. De fysio-/oedeembehandelingen in de praktijk zullen door het thuisgebruik van de IPC naar verwachting afnemen van 8 behandeling[en] in de maand naar 1 behandeling in de maand. Verder in de voor[t]gang zal dit overgaan naar alleen nog belafspraken voor evaluatie en controle. De situatie van mevrouw is op dit moment met behulp van regelmatig fysiotherapie (2x in de week) redelijk stabiel. Bij afbouw van fysiotherapie nemen de klachten toe. Door middel van de IPC kan er een stabiele situatie ontstaan, terwijl de fysiotherapie kan worden afgebouwd en kan mevrouw zelfstandig hiervoor zorgen. Mevrouw is vanaf 20 november 2020 bij ons onder behandeling. Het resultaat hiervan is een vermindering van pijn (VAS 7 naar VAS 3/4) en een vermindering van stijfheid, waardoor mevrouw in ADL minder beperkt wordt. (...)"*

- 3.5. Bij brief van 9 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals om heroverweging van deze beslissing gevraagd en bij die gelegenheid een ongedateerde brief van de behandelend dermatoloog overgelegd. Hierin wordt over verzoekster verklaard:  
 (...) Bovengenoemde patiënte bezocht op 25-05-2021 de polikliniek dermatologie.

*Reden van verwijzing*

*Oedeem bovenbenen bij status na varices en sclerocompressie therapie. Pte wilt verwijzing in aanmerking komen voor lymfoedeem therapie, en dat kan uitsluitend door verwijzing van de specialist. Gaarne uw beoordeling. Ingestelde behandeling 15-01-2021, Formulier ingevuld indicatie oedeem bovenbenen na varices behandeling in verleden. Procedurevoorstel op verzoek patiënt. Aanvullend deel.*

*Anamnese*

*Pte heeft al sinds 30e last van oedeem, w.s. lymfoedeem in beide benen. Benen zijn pijnlijk bij aanraking. Voelt alsof ze lood meedraagt. Lymfedrainage was niet prettig, Lymphapress was enige wat erg goed hielp. Is bang dat ze er niet door kan werken, want klachten nemen enorm toe in loop van dag. Draagt reeds therapeutische elastische kousen. Klachten met name bovenbenen, en boven knie.*

*Vg: sclerocompressie varices*

*Lichamelijk onderzoek*

*Weinig afwijkingen momenteel zichtbaar, beginnend lipoedeem.*

*Stemmersign: -*

*Conclusie*

*Beginnend lipoedeem combi met lymfoedeem*

*Beleid*

*Lymphapress is werkzaam bij beginnend lipoedeem en lymfoedeem, en gezien enorme werkzaamheid bij pte vraag ik u de vergoeding van deze behandeling op u te nemen. (...)"*

- 3.7. Bij brief van 25 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.8. Bij brief van 29 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij de aanschaf en de levering van de Lympha Press® zal vergoeden tot maximaal de in de brief genoemde bedragen.
- 3.9. Bij brief van 11 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat het machtigingsbesluit van 29 juni 2021 wordt ingetrokken en wordt vervangen door het besluit van 11 augustus 2021. Op basis hiervan wordt de Lympha Press® over de periode van 29 juni 2021 tot en met 29 juni 2022 vergoed.
- 3.10. Verzoekster heeft hierop een dermatoloog bezocht voor een second opinion. Bij brief van 21 januari 2022 heeft deze dermatoloog over verzoekster onder andere verklaard:  
 (...) [verzoekster, geboortedatum] zag ik op de polikliniek dermatologie d.d. 21-1-2022.

*10/01/2022:*

*Anamnese:*

*Mw. is doorverwezen door HA met als doel second opinion. In verband met verzekering van lipoedeem en lymfe oedeemtherapie thuis. Mevrouw heeft Lymphapress met goed resultaat. Verzekering wil mening van een onafhankelijk arts.*

Rechterbeen lymfoedeem. Beide benen lipoedeem. Linkerkuit zijn pas geleden varices gespot. Mevrouw draagt vaak kousen, maar door de lymphapress behandeling niet iedere dag. Mevrouw is tevreden over de behandeling lymphapress doordat de doorbloeding beter is en minder oedeem heeft.

Meting van rechter been:

Boven de knie: 46 cm. Na behandeling van Lymphapress: 42.

Rechterbovenbeen: 56,6. Na behandeling van Lymphapress: 53,6.

Verdikking onder de billen rechts: 68,2. Na behandeling: 59 cm.

Alleen steunkousen dragen is niet voldoende. Ze geven wel steun maar verdrijven niet het vocht uit het rechterbeen.

(...)

Onderzoek:

Li been therapeutische kous post sclerocompressietherapie [naam kliniek].

Re been geen varices, geen pitting oedeem, teken van Stemmer negatief, geen corona flebectatica.

Diagnose:

Geen tekenen van veneuze insufficiëntie of lymfoedeem dd lipoedeem, fibromyalgie.

(...)

18/01/2022:

NUCL LYMFKLIER SCINTIGRAFIE:

Tussen de 1ste en 3de interdigitale ruimte van beiden voeten is subcutaan technetium nanocolloïd gespoten.

5 minuten PI

Opname laat vrijwel direct lymfdrainage zien van beide benen tot en met de inguinale lymfeklieren. Hierbij collateralen zichtbaar direct onder kniehoogte in het linkeronderbeen.

Hoge activiteit opname beiderzijds op enkelhoogte, suggestief voor stase van activiteit in de lymfebanen.

60 minuten PI

Toename van de lymfedrainage zichtbaar met lichte asymmetrische visualisatie van inguinale en para-iliacale lymfeklieren ten nadele van rechts. Afname van activiteit ter plaatse van het focus op enkelhoogte beiderzijds.

3 uur PI

Volledige lymfedrainage zichtbaar van beide benen tot en met iliacaal lymfeklieren. Verdere afname van activiteit ter plaatse van beide foci ter hoogte van de enkels. Geringe activiteit zichtbaar in de lever en uitscheiding van activiteit in de blaas.

Conclusie

Normale lymfetransportsnelheid. Collaterale lymfe-afvloed in het linkeronderbeen, mogelijk posttraumatisch. Verdenking lymfocele beiderzijds op enkelhoogte.

Het beeld is suggestief voor verminderde lymfetransportcapaciteit beiderzijds, met een primair lymfe-oedeem. Het beeld past niet bij een lipoedeem. (...)"

- 3.11. Bij brief van 23 juni 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) Een Lympha Press® is een apparaat voor intermitterende pneumatische compressie (IPC).

De Lympha Press® kan vallen onder de aanspraak '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', zoals bedoeld in artikel 2.6, sub m van de Regeling Zorgverzekering (Rzv).

(...)

*Toepassing van compressieapparatuur in de thuissituatie is alleen in uitzonderlijke gevallen aangewezen. In de aanbevelingen in de multidisciplinaire Richtlijn Lymfoedeem (2014) wordt aangegeven IPC vooral toe te passen als een patiënt immobiel is (zoals bij bedlegerigheid en/of verlamming). Voor patiënten die mobiel zijn, heeft een combinatie van oefentherapie en compressietherapie door bandages de voorkeur. Immers, door de drukwisselingen op de huid door bewegen en compressie, de z.g. dynamische stiffness of 'massage effect', zal een effectieve ontstuwings plaatsvinden ('natuurlijke stimulatie van lymfedrainage'), terwijl bij IPC vooral een interstitiële vochtverplaatsing plaatsvindt (door het interstitium in plaats van via de lymfebanen). De aanbeveling compressie en bewegen geldt ook voor de onderhoudsfase (chronische fase). Volgens de Richtlijn Lymfoedeem (2014) moet IPC in deze fase slechts op strikte indicatie worden toegepast, bij de onmogelijkheid van mobilisatie of bewegen.*

*(...)*

*Zoals hiervoor aangegeven is toepassing van IPC (lymphapress-apparatuur) in de thuissituatie volgens de Richtlijn Lymfoedeem (2014) alleen op strikte indicatie, namelijk bij de onmogelijkheid van mobilisatie of bewegen. Van richtlijnen kan in principe altijd worden afgeweken, mits dit voldoende medisch inhoudelijk onderbouwd is.*

*In het schrijven van beide dermatologen ontbreekt echter een dergelijke nadere onderbouwing voor een aanvraag voor lymphapress in de thuissituatie. Uit de voorliggende gegevens blijkt niet dat bij verzoekster sprake is van immobiliteit.*

*Informatie over de duur en resultaten van eerdere behandelingen ontbreekt (ook over de soort en klasse therapeutisch elastische kousen is niets vermeld) c.q. andere (mogelijke) behandelingsopties worden niet vermeld. De tweede geconsulteerde dermatoloog heeft weliswaar aanvullend onderzoek gedaan om de diagnose 'lymfoedeem', waarvoor bij lichamelijk onderzoek geen tekenen waren, te stellen, maar (uitleg over) een bijbehorend behandelplan ontbreekt.*

#### **Conclusie**

*In de voorliggende informatie is niet aangetoond dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op lymphapress-apparatuur. (...)"*

#### **4. Het geschil**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een machtiging moet verstrekken voor onbepaalde tijd in verband met het thuisgebruik van de Lympha Press®.

#### **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 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 de aanspraak op hulpmiddelen, waaronder de Lympha Press®, 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 heeft aangevoerd dat zij bekend is met lymfoedeem. Voor de behandeling hiervan wenst zij in haar thuissituatie gebruik te maken van de Lympha Press®. De noodzaak hiervan wordt volgens verzoekster onderschreven door haar behandelend fysiotherapeut/oedeemtherapeut en twee dermatologen. In dit verband verwijst zij naar de verklaringen van deze zorgverleners. Daarnaast heeft verzoekster ter zitting verklaard dat zij door het gebruik van de Lympa Press® niet langer is aangewezen op fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar blijft echter volharden in het standpunt dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden om voor een Lympha Press® in aanmerking te komen. Hiermee is zij het niet eens.

### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de aanvraag van verzoekster voor een Lympha Press® is beoordeeld op grond van artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement hulpmiddelen'. Om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel moet dit (i) zijn voorgeschreven door een medisch specialist, (ii) dient sprake te zijn van een stabiele situatie, (iii) moet het effect en resultaat van het gebruik van de Lympha Press® zijn beschreven, (iv) moet de inzet van de Lympha Press® ertoe leiden dat de bestaande (oedeem)therapie wordt gereduceerd en (v) moeten de maatgegevens worden aangeleverd. De aanvraag van verzoekster is aanvankelijk afgewezen omdat deze was ingediend door de behandelend fysiotherapeut/oedeemtherapeut. Deze zorgverlener is niet aan te merken als een medisch specialist als bedoeld onder (i). De verklaring van de dermatoloog van 25 mei 2021 voldeed weliswaar wél aan deze voorwaarden, maar hieruit bleek niet dat aan de overige voorwaarden werd voldaan. Dit was voor de ziektekostenverzekeraar dan ook geen reden de aanvraag alsnog goed te keuren. De medische informatie die nadien is overgelegd, waaronder de verklaring van de dermatoloog van 21 januari 2022, vormt voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding zijn standpunt te wijzigen. Uit deze verklaring blijkt geenszins dat een indicatie is gesteld voor gebruik van een Lympha Press® in de thuissituatie. Evenmin wordt hiermee voldaan aan voornoemde voorwaarden als beschreven onder (ii), (iii) en (iv).

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat op 29 juni 2021 per abuis toch een machtiging aan verzoekster is gezonden, terwijl zij op basis van de brief van 25 juni 2021 wist, of behoorde te weten, dat haar aanvraag was afgewezen. Omdat de ziektekostenverzekeraar dit pas op een later tijdstip heeft opgemerkt, heeft hij besloten verzoekster onverplicht tegemoet te komen door de Lympha Press® over de periode van 29 juni 2021 tot 29 juni 2022 te vergoeden. Hierover is verzoekster geïnformeerd bij brief van 11 augustus 2021. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de Lympa Press® tot 1 september 2021 aan haar wordt verstrekt.

Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting verklaard dat een eventuele vervolgaanvraag ook zal worden beoordeeld op grond van de richtlijn Lymfoedeem van 1 mei 2014. Hierin is onder andere opgenomen dat er tijdens de onderhoudsbehandelfase sprake moet zijn van volledige immobiliteit om aanspraak te kunnen maken op een Lympha Press® in de thuissituatie. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting expliciet verklaard zich in de onderhavige procedure niet op deze richtlijn te beroepen.

### Overwegingen commissie

- 6.4. De Lympha Press® is een uitwendig hulpmiddel 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, als bedoeld in artikel 2.6, onder m, Rzv. Om aanspraak te kunnen maken op dit hulpmiddel dient een verzekerde hierop, overeenkomstig artikel 2.1, derde lid, Bzv, redelijkerwijs te zijn aangewezen. Een en ander is door de ziektekostenverzekeraar opgenomen in artikel 1.4 en artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in het 'Reglement hulpmiddelen 2021' (hierna: het reglement) bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak kan worden gemaakt op het hulpmiddel.
- 6.5. In het reglement is onder andere vermeld dat de Lympha Press® moet worden voorgeschreven door een medisch specialist en dat de ziektekostenverzekeraar om toestemming moet worden gevraagd voor het hulpmiddel. Uit de stukken in het dossier leidt de commissie af dat de Lympha Press® aanvankelijk is voorgeschreven door een fysiotherapeut/oedeemtherapeut en dat deze ten behoeve van verzoekster een aanvraag heeft ingediend. Deze zorgverlener is niet aan te merken als een 'medisch specialist' als bedoeld in het reglement. Dit betekent dat de afwijzende beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 2 maart 2021 en 9 april 2021 terecht waren.
- 6.6. Uit de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat hij niet eerder dan op 29 mei 2021 een aanvraag ten behoeve van verzoekster heeft ontvangen van een medisch specialist, te weten de behandelend dermatoloog. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, omdat hieruit volgens hem onvoldoende duidelijk blijkt dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op het gebruik van een Lympha Press® in de thuissituatie en dat dit hulpmiddel in haar geval doelmatig is. In het bijzonder mist de ziektekostenverzekeraar informatie waaruit blijkt dat (i) sprake is van een stabiele situatie, (ii) de beschrijving van het effect en resultaat van het gebruik van de Lympha Press®, (iii) een verklaring waaruit blijkt dat de inzet van de Lympha Press® ertoe leidt dat de bestaande (oedeem)therapie wordt gereduceerd en (iv) wat de maatgegevens zijn.
- 6.7. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar reeds bij brief van 5 maart 2021 aan de betrokken leverancier van de Lympha Press® vragen heeft gesteld over de (resultaten van de) inzet hiervan in de situatie van verzoekster. Niet is gebleken dat deze vragen zijn beantwoord. Evenmin is gebleken dat deze vragen zijn beantwoord in de verklaring van de behandelend dermatoloog, dan wel dat hieruit is af te leiden dat aan de hiervoor genoemde voorwaarden wordt voldaan. De commissie kan de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 25 juni 2021 tegen deze achtergrond volgen. Op basis van de destijds voorliggende informatie kon niet worden vastgesteld of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de Lympha Press® in de thuissituatie en of sprake was van doelmatige zorg. Weliswaar heeft een andere dermatoloog - in het kader van een second opinion - bij brief van 21 januari 2022 aanvullende informatie over verzoekster verstrekt, maar dat maakt het voorgaande niet anders. Daarbij neemt de commissie in overweging dat er op dat moment bijna een jaar was verstreken sinds de aanvraag op 25 januari 2021 werd ingediend, zodat van de ziektekostenverzekeraar niet mocht worden verwacht dat hij deze informatie nog zou betrekken bij de beoordeling hiervan. Verder was op dat moment reeds een machtiging verstrekt aan verzoekster voor de periode van 29 juni 2021 tot en met 29 juni 2022. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard deze periode te verlengen tot 1 september 2022. Om na deze datum aanspraak te kunnen maken op de Lympha Press® kan verzoekster een nieuwe aanvraag, die voldoet aan de hiervoor beschreven voorwaarden, indienen bij de ziektekostenverzekeraar.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 september 2022,

H.A.J. Kroon

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

## 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.

---

## 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. [Red: vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in [artikel 2.16](#);
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in [artikel 2.17](#);
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in [artikel 2.18](#);
- l. injectiespuiten als omschreven in [artikel 2.19](#);
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in [artikel 2.22](#);
- q. [Red: vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in [artikel 2.24](#);
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in [artikel 2.26](#);
- u. [Red: vervallen;]
- v. [Red: vervallen;]
- w. [Red: vervallen;]
- x. [Red: vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [Red: vervallen;]
- aa. [Red: vervallen;]
- bb. [Red: vervallen;]
- cc. [Red: vervallen;]
- dd. [Red: vervallen;]
- ee. [Red: vervallen;]
- ff. [Red: vervallen;]
- gg. [Red: vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in [artikel 2.29](#).

# Inleiding

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

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

## Artikel 1 Definities

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

## Algemene bepalingen

### Artikel 2 Rechten van de verzekerde

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

- b. Voor de verzekerden met een Zorg Vrij Polis kan Zorg en Zekerheid, in afwijking van artikel 1.3 van de polisvoorwaarden, bepalen dat een hulpmiddel in bruikleen wordt verstrekt en kan daarbij voorwaarden stellen aan de kwaliteit van de leverancier en het hulpmiddel. In Bijlage 1 staat vermeld welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt. Het hulpmiddel wordt bij voorkeur verstrekt via een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde leverancier. Een lijst met gecontracteerde leveranciers is in te zien via [zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker](http://zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker).
- c. Indien de verzekerde met een Zorg Zeker Polis of een Zorg Gemak Polis een door Zorg en Zekerheid in Bijlage 1 aangewezen hulpmiddel huurt, in bruikleen neemt of in eigendom betreft van een niet-gecontracteerde leverancier, bedraagt de maximale vergoeding 75% in de Zorg Gemak Polis en 80% in de Zorg Zeker Polis van de in de markt gebruikelijke kosten per vergelijkbare verstrekking. Als het hulpmiddel in eigendom wordt verstrekt, dan is het eigen risico van toepassing.
- 2.4 a. De verzekerde heeft in beginsel aanspraak op een te allen tijde adequaat functionerend hulpmiddel.
- b. De aanspraak op functionerende hulpmiddelen als bedoeld in lid a., omvat:
- het gebruiksklaar afleveren van een hulpmiddel, met inbegrip van de bij de eerste aanschaf behorende batterijen of oplaadapparatuur en gebruikersinstructie;
  - de toebehoren die noodzakelijk zijn voor het functioneren van het hulpmiddel;
  - de noodzakelijke wijziging, herstel of vervanging van een hulpmiddel;
  - de vergoeding/verstrekking van een reservemiddel indien redelijkerwijs aangewezen, zodat de verzekerde, gezien de omstandigheden, voortdurend de beschikking heeft over een gepast of geschikt hulpmiddel;
  - een verzoek tot vervanging dient door of namens de verzekerde te worden gemotiveerd, waarbij de leverancier in geval van een beschadiging de aard en oorzaak van de beschadiging toelicht;
  - de verzekerde heeft geen recht op vervanging van een hulpmiddel wanneer de verzekerde nog in het bezit is van een adequaat functionerend hulpmiddel. Dit geldt in het algemeen ook wanneer een eventuele gebruiksstermijn is verstreken.
- c. Om in aanmerking te komen voor een reservemiddel is de verzekerde verplicht om daarbij alle noodzakelijke gegevens te overleggen om het verzoek te kunnen beoordelen waaronder tenminste het voorschrift van de voorschrijver zoals vermeld in Bijlage 1, de medische onderbouwing zoals bedoeld in artikel 3.5 en de benodigde productinformatie zoals bedoeld in artikel 3.6.
- d. De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen, onverminderd de aanspraak op het gebruiksklaar afleveren van een hulpmiddel als bedoeld in het lid b, onder punt 1;
- e. Indien de verzekerde een hulpmiddel zelf koopt, huurt of in bruikleen neemt, moet de kwaliteit daarvan voldoen aan geldende internationale kwaliteitsstandaarden of daarmee te vergelijken kwaliteitsstandaarden uit een ander land. Indien men een hulpmiddel aanschafft dat hier niet aan voldoet, komt het hulpmiddel niet voor vergoeding in aanmerking.
- 2.5 Eigen bijdragen (art. 2.33 van de Regeling):
- a. Indien de aanschafkosten van hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van het haar hoger zijn dan € 452,00 bedraagt de eigen bijdrage het verschil tussen de aanschafkosten en dat bedrag;
- b. De eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een verzekerde van achttien jaar of ouder bedraagt 25% van de aanschafkosten;
- c. De eigen bijdrage voor orthopedische en allergeenvrije schoenen bedraagt:
- € 125,00 per paar, indien de verzekerde zestien jaar of ouder is;
  - € 62,50 per paar, indien de verzekerde jonger is dan zestien jaar.
- d. De eigen bijdrage voor lenzen en brillenglazen bedraagt:
- € 59,00 per lens, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
  - € 118,00 per kalenderjaar, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd bedraagt de eigen bijdrage € 59,00 per kalenderjaar;
  - € 59,00 per brillenglas, met een maximum van € 118,00 per kalenderjaar.

## Artikel 3 Toestemming

- 3.1 De verzekerde heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig in verband met beoordeling van de aanspraak voor verstrekking, vervanging, correctie of reparatie van een hulpmiddel, zoals vermeld in Bijlage 1.
- 3.2 Als uitzondering op artikel 3.1 is altijd toestemming vereist indien:
- verzekerde naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat;
  - verzekerde voor verblijf buiten Europa extra of meer materialen nodig heeft dan de leverancier conform overeenkomst mag leveren voor het woonadres in Nederland;
  - verzekerde voor verblijf buiten Europa extra materialen nodig heeft ten opzichte van het reguliere gebruik;
  - bij gebruik langer dan zes maanden en er sprake is van langdurig verblijf in het buitenland (langer dan drie maanden) en er sprake is van een chronische indicatie;
  - een hulpmiddel niet is opgenomen in het hulpmiddelenoverzicht in Bijlage 1 van dit Reglement;
  - verzekerde een hulpmiddel dat voorwaardelijk is toegelaten tot de Regeling hulpmiddelen conform het Besluit zorgverzekering wil afnemen bij een hulpmiddelenleverancier;

- een gewijzigde medische situatie aanleiding is om van de gebruikerstermijn- en hoeveelheid af te wijken;
  - er bandagelzen zonder visuscorrectie nodig zijn;
  - er een elektrische aan-/uittrekhulp nodig is.
- 3.3 De aanvraag om toestemming kan alleen schriftelijk worden ingediend door of namens de verzekerde.
- 3.4 De aanvrager is verplicht om op verzoek van Zorg en Zekerheid een schriftelijke machtiging van de verzekerde te overleggen, waaruit blijkt dat de aanvrager bevoegd is om namens de verzekerde op te treden en hem te vertegenwoordigen.
- 3.5 De aanvrager moet alle gegevens overleggen die Zorg en Zekerheid redelijkerwijs nodig heeft om de aanvraag te beoordelen. De aanvraag moet in ieder geval bevatten:
- een korte beschrijving van het gevraagde hulpmiddel;
  - een medische onderbouwing van de voorschrijver, zoals vermeld in Bijlage 1 in dit Reglement;
  - een offerte met daarop de relevante Generieke Productcode Hulpmiddelen (GPH-code). Dit is de declaratiecode die de hulpmiddelenleverancier nodig heeft om het hulpmiddel bij Zorg en Zekerheid vergoed te krijgen.
- 3.6 Zorg en Zekerheid kan, alvorens op de aanvraag te beslissen, bij de leverancier van het hulpmiddel productinformatie en een prijsopgave opvragen. Het beoordelen van doelmatigheid van het te verstrekken hulpmiddel kan worden uitgevoerd door gecontracteerde leveranciers. In afstemming met de gecontracteerde leverancier wordt dan namens de verzekerde een gemotiveerde aanvraag ingediend voorafgaand aan de aanschaf van het hulpmiddel bij de afdeling Machtigingen van Zorg en Zekerheid. Indien u niet wilt dat een gecontracteerde leverancier van een hulpmiddel de beoordeling doet dan kunt u voorafgaand aan verkrijging van het hulpmiddel rechtstreeks een toestemming vragen bij Zorg en Zekerheid.
- 3.7 Voor het verkrijgen van toestemming is altijd een diagnosestelling en voorschrift, verstrekt door een behandelend arts, noodzakelijk. Het betreffende hulpmiddel dient voorgeschreven te zijn door een voorschrijver die is opgenomen in Bijlage 1 in dit Reglement bij het betreffende hulpmiddel. Deze voorschrijver dient een BIG-geregistreerde verwijzer voor de hulpmiddelenzorg te zijn. Onder de term behandelend arts kunnen de volgende artsen of experts vallen die mogen voorschrijven, indien dit is opgenomen als verwijzer in Bijlage 1:
- huisarts;
  - gecontracteerde (wijk-/specialistische) verpleegkundigen onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts;
  - revalidatiearts;
  - medisch specialist;
  - diëtist;
  - hbo-opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (conform wettelijke regeling artikel (36A) in de Wet BIG en minimaal gekwalificeerd volgens een hbo-opleiding met minimaal twee jaar praktijkervaring in het veld waarin men zich verder wil specialiseren of heeft gespecialiseerd) onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist.

## Artikel 4 Functiegerichte omschrijving

Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dit betekent dat het indicatiegebied, de inhoud en de omvang van de zorg algemeen zijn beschreven en dat de hulpmiddelen die hieronder kunnen vallen niet limitatief zijn opgesomd in Bijlage 1 bij dit Reglement. Tevens wordt de ontwikkeling en innovatie van hulpmiddelen mogelijk door het functiegericht omschrijven van de hulpmiddelenzorg. Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend, bepaalt in beginsel uw zorgverzekeraar.

Als een hulpmiddel behoort tot de functiegerichte omschreven hulpmiddelen maar niet in Bijlage 1 bij dit Reglement is opgenomen, dan dient u een aanvraag in bij Zorg en Zekerheid en wordt uw aanvraag beoordeeld. De adviserend geneeskundige/technisch adviseur of een door Zorg en Zekerheid aangewezen expert oordeelt of het gevraagde hulpmiddel onder de functiegerichte omschrijving valt, of het betreffende hulpmiddel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en zo ja, of de verzekerde er redelijkerwijs op is aangewezen of dat verzekerde vanuit doelmatigheidsoogpunt op een ander hulpmiddel is aangewezen.

Medisch Hulpmiddel	Regeling Zorgverzekering artikel	Omschreven in Regeling Zorgverzekering artikel	Specifieke voorwaarden art. 7 van het Reglement Hulpmiddelen	Voorschrijver
				<b>Eerste keer</b>
Insulinepomp	2.6.o			Medisch specialist of diabetesverpleegkundige
Kapenbrillen	2.6.f	2.13		Oogarts
Katheters i.c.m. stomamiddelen of incontinentiemateriaal afvoerend	2.6.d	2.11		Behandelend arts
Lenzen op medische indicatie	2.6.f	2.13		Oogarts
Longvibrators	2.6.b	2.9		Behandelend arts
Loopfietsen	2.6.e	2.12		Behandelend arts
Loopwagens (niet zijnde rollator)	2.6.e	2.12		Behandelend arts
Lymphapressapparaat	2.6.m			Medisch specialist
Mammaprothesen (o.a. borstprothese)	2.6.a	2.8	Ja	Medisch specialist of Mammaverpleegkundige
Mandibulair repositie apparaat (mra)	2.6.b	2.9	Ja	Longarts, KNO-arts of Neuroloog
Memorecorder	2.6.f	2.13		Behandelend arts
Omgevingsbesturing	2.6.e	2.12		Behandelend arts
Onderleggers (bedbeschermende -)	2.6.j	2.17 h	Ja	Behandelend arts of (wijk/transfer)verpleegkundige
Ondersteek (uitleen)	2.6.j	2.17 g	Ja	Behandelend arts of (wijk/transfer)verpleegkundige
Oogprothesen	2.6.a	2.8	Nee	Medisch specialist
Opladingsinrichting en batterijen	2.6.a	2.8		Medisch specialist
Orthesen (o.a. corset, spalk- en redressieapparaat)	2.6.e	2.12	Ja	Behandelend arts
Orthopedische binnenschoen	2.6.a	2.8		Medisch specialist
Orthopedisch schoeisel	2.6.e	2.12	Ja	Medisch specialist
Orthopedische voorziening confectieschoenen (OVAC)	2.6.e	2.12	Ja	Medisch specialist
Pep-maskers	2.6.b	2.9		Medisch specialist
Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijke gehandicapten, indien de lichamelijke gehandicapte in een verhoogde risicosituatie verkeert	2.6.t	2.26.j.2		Behandelend arts
Pessaria (vrouwen tot 21 jaar)	2.6.i	2.16.a		Behandelend arts
Prothesen voor been of voet (t/m 17 jaar)	2.6.a	2.8	Ja	Medisch specialist
Prothesen voor been of voet (vanaf 18 jaar)	2.6.a	2.8	Ja	Medisch specialist
Prothese als een bekrachtigde prothese (zoals een mechanische/elektrische)	2.6.a	2.8	Ja	Medisch specialist
Prothesen voor schouder, arm of hand	2.6.a	2.8	Ja	Medisch specialist
Ptoisibrillen	2.6.f	2.13		Oogarts
Ringleidingen / infrarood apparatuur of FM-apparaat	2.6.c	2.10		KNO-arts/ bevoegd voorschrijver verbonden aan Audiologisch Centrum/ Huisarts bij ouderdomsgehoorverlies
Robotmanipulator	2.6.e	2.12		Behandelend arts
Rolstoel (handbewogen-)	2.6.e	2.12	Ja	Behandelend arts of (wijk/transfer)verpleegkundige
Rollator op maat	2.6.e	2.12		Medisch specialist
Schedelorthese	2.6.g			Behandelend arts

Voorschrijver	Vooraf toestemming vereist voor hulpmiddelenleveranciers met een overeenkomst*	Minimale Gebruikstermijn	Hulpmiddel in bruikleen bij gecontracteerde leveranciers**
<b>Herhaling</b>	<b>Eerste keer</b>	<b>Herhaling</b>	
Nee	Nee	Nee	48 mnd
Nee	Nee	Nee	nvt
Nee	Nee	Nee	nvt
Nee	Nee	Nee	Wettelijke of fabrieksgarantie
Behandelend arts	Ja	Ja	nvt
Nee	Ja	Ja	60 mnd
Nee	Ja	Ja	84 mnd
Medisch specialist	Ja	Ja	Wettelijke of fabrieksgarantie of 60 mnd
Nee	Nee	Nee	12 mnd
Nee	Nee	Nee	60 mnd
Nee	Nee	Nee	Fabrieksgarantie
Nee	Ja	Ja	nvt
Nee	Ja	Nee	nvt
Nee	Nee	Nee	nvt
Nee	Nee	Nee	nvt
Nee	Nee	Nee	36 mnd
Nee	Nee	Nee	12 mnd
Nee	Nee	Nee	18 mnd
Nee	Nee	Nee	18 mnd
Nee	Nee	Nee	2 per kalenderjaar
Nee	Nee	Nee	nvt
Nee	Nee	Nee	nvt
Nee	Nee	Nee	nvt
Nee	Nee	Nee	12 mnd
Nee	Nee	Nee	12 mnd
Nee	Nee	Nee	12 mnd
Medisch specialist	Ja	Ja	12 mnd
Nee	Nee	Nee	12 mnd
Nee	Nee	Nee	nvt
Nee	Nee	Nee	60 mnd
Nee	Ja	Ja	24 mnd
Nee	Nee	Nee	nvt
Nee	Ja	Ja	84 mnd
Nee	Nee	Nee	18 mnd



## 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 [zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden](http://zorgzekerheid.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.