

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en OWM Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoog-laagbed, anti-decubitus matras, indicatie, doelmatigheid, hoogte vergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.9 en 2.17 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202101915
Zittingsdatum : 12 oktober 2022

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 30 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 3 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 augustus 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 6 september 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022031526) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 6 september 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 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 6 september 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 oktober 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is bekend met een hoge complexe dwarslaesie, waardoor hij beperkt is in zijn mobiliteit en zelfverzorging. Daarnaast heeft hij eerder een decubitus wond gehad op zijn stuit. Op basis hiervan heeft de behandelend revalidatiearts een indicatie gesteld voor een hoog-laag-bed ten behoeve van de verzorging en een anti-decubitusmatras (hierna: AD-matras). Verzoeker heeft zich tot een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier gewend om voornoemde hulpmiddelen af te nemen. De leverancier heeft een offerte opgesteld. Verzoeker heeft deze offerte aan de ziektekostenverzekeraar voorgelegd en verzocht om vergoeding van een hoog-laag-bed en een AD-matras.

- 3.3. Bij brief van 27 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag wordt afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 6 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 18 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een vergoeding moet toekennen voor het door hem in eigendom aangeschafte hoog-laag-bed en AD-matras. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de behandelend ergotherapeuten van het revalidatiecentrum specificaties hebben opgesteld, waaruit blijkt waaraan het hoog-laag-bed en het matras moeten voldoen. Het bed en het AD-matras dat verzoeker heeft aangeschaft, voldoen aan deze specificaties en deze zouden om die reden moeten worden vergoed. Verzoeker heeft hierbij toegelicht dat het door hem aangeschafte bed uit twee delen bestaat. Dit blijkt uit de factuur van 19 februari 2022. Verzoeker maakt slechts aanspraak op vergoeding van het deel van het bed waarvan hij gebruik maakt.
- 4.2. Bij de afsluiting van de hoorzitting is door de vertegenwoordiger van verzoeker te kennen gegeven dat alle punten zijn besproken die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen recht heeft op vergoeding van het door hem aangeschafte hoog-laag-bed en het AD-matras. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat het hoog-laag-bed op zich voldoet aan de medische indicatie van verzoeker, maar het matras niet. Om van een adequaat functionerend hulpmiddel te kunnen spreken, moeten echter zowel het bed als het matras aan de medische indicatie van verzoeker voldoen. Uit de informatie die de ziektekostenverzekeraar van de leverancier heeft ontvangen, blijkt niet dat het matras voldoet aan de specificaties en voorwaarden om als statisch AD-matras te worden aangemerkt. De leverancier heeft ook geen MDR-certificaat overgelegd, waaruit blijkt dat aan de MDR-wetgeving wordt voldaan. Om deze redenen komen de hiervoor genoemde hulpmiddelen niet voor vergoeding in aanmerking.
Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat verzoeker zich heeft gewend tot een niet-gecontracteerde leverancier. In dat geval bepaalt artikel 1.5.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering dat de maximale vergoeding 80% van het in de markt gebruikelijke tarief bedraagt. Dit tarief is door de ziektekostenverzekeraar vastgesteld op € 360,-. Dit bedrag is vermeld in het overzicht 'Vergoedingen Medische Hulpmiddelen 2021'. Voor zover het hoog-laag-bed én het matras dus al aan de voorwaarden zouden voldoen, bedraagt de maximale vergoeding hiervoor € 360,-. Uit de door verzoeker overgelegde factuur blijkt echter dat een veel hoger bedrag in rekening wordt gebracht door de niet-gecontracteerde leverancier. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het door verzoeker aangeschafte hulpmiddel dan ook onnodig kostbaar, zodat hierop ook geen aanspraak bestaat op grond van artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2021'.

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

6. Advies Zorginstituut

6.1. In het voorlopig advies van 6 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit de voorliggende informatie is op te maken dat verzoeker een indicatie heeft voor een hoog-laagbed en een AD-matras, en dat deze indicatie niet in geschil is.

Aangevraagd zijn een verpleegbed a € 6120,- met 3-liften-systeem met hoog/laag functie, wielen met rem en bedhekken, en een matras a € 1320,40. Uit de voorliggende informatie kan opgemaakt worden dat het bed, voorzien van een hoog/laag functie, een bed in speciale uitvoering is, zoals bedoeld in de regelgeving.

In het bij het dossier gevoegde overzicht geeft de leverancier aan dat het om een matras gaat met als compositie (samenstelling matraskern) '5HR40 / 12P130 / 3.5ANGEL' en een matrastijk (hoes) voorzien van eucalyptus probiotica en afritsbare waterproof topcovers. In een later schrijven heeft de leverancier dit aangevuld met de opmerking 'AD-uitvoering'.

De vraag die in geschil naar voren komt is of het gevraagde matras een antidecubitusmatras is zoals bedoeld in de regelgeving en met name of deze voldoet aan alle kwaliteitseisen waar een antidecubitusmatras aan moet voldoen. Dit is uit de voorliggende informatie niet op te maken. Het Zorginstituut kan dit ook niet beoordelen.

Zo zijn HR40 (HR staat voor 'high resilience') (schuim)matrassen ook in de reguliere handel verkrijgbaar, waarbij veelal wordt aangegeven dat deze comfort bieden en niet dat deze (ook) als antidecubitus matras bedoeld zou kunnen zijn.

Het Zorginstituut [beschikt] niet over (een lijst met) specificaties waaraan een antidecubitusmatras zou moeten voldoen. Wij gaan uit van informatie van zorgverleners, leveranciers en zorgverzekeraars.

Verweerder geeft in dit geval aan dat informatie is opgevraagd bij de leverancier, waaruit blijkt dat het matras bestaat uit Pantera® 2130/P130 schuim met een dichtheid van 50 kg/m³, een hardheid van 3,7 kPa (kilopascal) en een trek sterkte van 75 kPa, en visco-elastisch (traag)schuim Visco 50 Angle Pearl (gel), met een dichtheid 50 kg/m³, een hardheid (ILD) van 40 Newton en een drukweerstand (CLD) van 1,3 kPa. Daarnaast geeft verweerder aan dat er geen MDR-certificaat is aangeleverd en geen gegevens bekend zijn over de maximum druk (mmHg), airflow meting en Ball rebound test.

Gelet hierop kan verweerder uit de factuur en de aangeleverde informatie niet opmaken dat het geleverde matras bestemd voor verzekerde voldoet aan de voorwaarden voor een statisch antidecubitusmatras conform de indicatie van verzoeker.

Volgens de bij het dossier gevoegde risicoscorelijst bestaat er een verhoogd risico op decubitus. Verweerder geeft aan dat er een indicatie is voor een statisch antidecubitusmatras. Informatie van het revalidatiecentrum c.q. van de behandelend ergotherapeuten ontbreekt echter bij de voorliggende stukken. Of een antidecubitus-schuimmatras voor verzoeker voldoende is, of dat een statisch luchtmatras aangewezen is, of dat verzoeker ook uitkomt met een matras dat niet specifiek als anti-decubitusmatras bedoeld is, is uit de voorliggende informatie niet te beoordelen.

Uit de voorliggende informatie is op te maken dat indicatie voor het hoog-laagbed en het AD-matras niet ter discussie staat. Uitgangspunt is dat een verzekerde (te alle tijde) recht heeft op een adequaat hulpmiddel. Het is aan verweerder om de doelmatigheid te beoordelen van de inzet van de aangevraagde hulpmiddelen.

Het Zorginstituut kan niet adviseren over de (hoogte van) vergoeding van een hulpmiddel dat afgenomen is bij een niet-gecontracteerde leverancier. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op bedden in een speciale uitvoering en AD-matrassen zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De commissie stelt vast dat partijen het er over eens zijn dat verzoeker een indicatie heeft voor een hoog-laag-bed en een AD-matras. Partijen zijn echter verdeeld over het antwoord op de vraag of is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering, in het bijzonder of het AD-matras voldoet aan de hieraan te stellen (wettelijke) vereisten en of sprake is van doelmatige zorg. Indien dit alles het geval is zal vervolgens de hoogte van de vergoeding van de genoemde hulpmiddelen moeten worden bepaald.

Zorgverzekering

- 8.3. In artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde aanspraak heeft op hulpmiddelen, waaronder het door verzoeker gevraagde hoog-laag-bed en AD-matras. De aanspraak op hulpmiddelen is nader uitgewerkt in het 'Reglement Hulpmiddelen 2021' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). In het hiervoor genoemde artikel is vermeld dat als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde leverancier, artikel 1.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering van toepassing is. In artikel 1.5.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering staat dat de vergoeding die wordt verleend als een verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde leverancier wendt, maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief bedraagt. Verder is vermeld dat de maximale vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg zijn opgenomen op de website van de ziektekostenverzekeraar. Voor hulpmiddelen geldt dat het overzicht 'Vergoedingen Medische Hulpmiddelen 2021' van toepassing is. Hierop is vermeld dat 80% van het in de markt gebruikelijke tarief voor een hoog-laag-bed inclusief preventief of statisch AD-matras € 360,- bedraagt.

- 8.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat geen aanspraak bestaat op het door verzoeker aangeschafte hoog-laag-bed, omdat alleen sprake kan zijn van een adequaat functionerend hulpmiddel als zowel het bed als het matras voldoen aan de (medische) indicatie waarvoor deze zijn voorgeschreven. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin niet volgen. Verzoeker wenst immers aanspraak te maken op twee verschillende hulpmiddelen, die zijn voorgeschreven op grond van verschillende medische indicaties. Dit laatste blijkt uit de verklaring van de betrokken revalidatiearts, die is vermeld in de brief van de ziektekostenverzekeraar van 3 augustus 2022, te weten: *"Hoge dwarslaesie, waardoor beperkt in mobiliteit en zelfverzorging. Eerder decubitus wond gehad op de stuit. Hierdoor indicatie voor hoog-laag bed in verzorging en AD matras om decubitus te voorkomen."* Daarbij neemt de commissie voorts in aanmerking dat ook in de regelgeving een onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds 'bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen' (art. 2.17, eerste lid, sub a Rzv) en 'anti-decubitusmatrassen' (artikel 2.17, eerste lid, sub b Rzv).
- 8.5. Uit de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat deze erkent dat verzoeker is aangewezen op een hoog-laag-bed en dat het aangeschafte bed voldoet aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar is dan ook gehouden hiervoor een vergoeding toe te kennen. Met betrekking tot het matras dat door verzoeker is aangeschaft, heeft de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd betwist dat sprake is van een AD-matras. Uit de door verzoeker overgelegde informatie valt niet af te leiden dat dit wel het geval is. Uit het ZIN -advies van 6 september 2022 volgt evenmin dat hier sprake is van een AD-matras. De commissie houdt het er daarom voor dat het hier geen AD-matras betreft als bedoeld in artikel 2.17, eerste lid, sub b, Rzv.
- 8.6. De zorgverzekering biedt dekking voor een hoog-laag-bed, waarbij het uitgangspunt is dat dit in bruikleen wordt verstrekt. Dit volgt uit artikel 2.3 en bijlage 1 van het reglement. De hoogte van de vergoeding moet dan ook worden gebaseerd op de kosten van een bruikleenverstrekking en niet op de verstrekking in eigendom. Nu verzoeker zich tot een niet-gecontracteerde leverancier heeft gewend, geldt dat de vergoeding gelijk is aan 80% van het in de markt gebruikelijke tarief voor verstrekking in bruikleen van een hoog-laag-bed inclusief preventief of statisch AD-matras. Dit tarief is door de ziektekostenverzekeraar vastgesteld op € 360,- en vermeld in het overzicht 'Vergoedingen Medische Hulpmiddelen 2021'. Zoals eerder opgemerkt wordt in de Rzv uitgegaan van twee onderscheiden hulpmiddelen, (i) het bed in speciale uitvoering mét matras en (ii) het AD-matras. Het komt de commissie niet zinvol voor een apart bedrag te bepalen voor het matras dat verzoeker heeft aangeschaft, omdat de totale vergoeding nooit hoger kan zijn dan € 360,- en verzoeker dus geen recht heeft op een hogere of andere vergoeding. Daarmee kan ook in het midden blijven of het door verzoeker aangeschafte matras al dan niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Verzoeker wist althans behoorde te weten dat op basis van de zorgverzekering slechts recht op vergoeding bestaat voor de verstrekking van een hoog-laag-bed en een AD-matras in bruikleen. Verzoeker heeft ervoor gekozen het hoog-laag-bed en het matras in eigendom aan te schaffen, waardoor hij aanspraak heeft op de door de ziektekostenverzekeraar bepaalde vergoeding en het door hem betaalde bedrag voor het grootste deel voor zijn rekening en risico blijft.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een vergoeding van € 360,-- dient toe te kennen voor het hoog-laag-bed inclusief matras;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 19 oktober 2022,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

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:

(...)

- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in [artikel 2.17](#);

Artikel 2.17

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel j, omvatten:
 - a. bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen;
 - b. anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus;
 - c. dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen en bedtafels;
 - d. bedgalgen en hulpmiddelen voor het zelfstandig in en uit bed komen;
 - e. glij- en rollakens;
 - f. bedverkorters, -verlengers en -verhogers;
 - g. ondersteken;
 - h. bedbeschermende onderleggers, indien het verlies van bloed en exsudaat dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen;
 - i. infuusstandaarden.
2. De hulpmiddelen, bedoeld in het eerste lid, kunnen ook worden aangewend als het gebruik daarvan strekt tot behoud van de zelfredzaamheid.

Inleiding

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

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

Artikel 1 Definities

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

Algemene bepalingen

Artikel 2 Rechten van de verzekerde

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

- 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.
 - 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;

Medisch Hulpmiddel	Regeling Zorgverzekering artikel	Omschreven in Regeling Zorgverzekering artikel	Specifieke voorwaarden art. 7 van het Reglement Hulpmiddelen	Voorschrijver
				Eerste keer
Aan- en uittrekhelp	2.6.m			Behandelend arts of paramedicus
Aan handicap aangepaste stoel (AFA-stoel)	2.6.e	2.12		Behandelend arts/ Revalidatie arts
Aan handicap aangepaste tafel	2.6.e	2.12		Behandelend arts/ Revalidatie arts
AD-zitkussen (uitleen)	2.6.e	2.12	Ja	Behandelend arts of (wijk/transfer)verpleegkundige
Ad-bedden, -matrassen - en ad-overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus (uitleen)	2.6.j	2.17 b	Ja	Behandelend arts of (wijk/transfer)verpleegkundige
AD (Algemeen Dagelijks Leven) hulphonden	2.6.e	2.12		Behandelend arts
ADL-hulphonden toebehoren	2.6.e	2.12	Ja	Behandelend arts
Allergeenvrije schoen op individuele basis	2.6.k	2.18	Ja	Medisch specialist
Badplank (uitleen)	2.6.e	2.12	Ja	Behandelend arts
BAHA softband	2.6.c	2.10		KNO-arts/ bevoegd voorschrijver verbonden aan Audiologisch Centrum
Bandagelenzen zonder een visuscorrigerende werking	2.6.k	2.18		Medisch specialist
Bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen (uitleen)	2.6.j	2.17 a	Ja	Behandelend arts of (wijk/transfer)verpleegkundige
Bedgalgen en hulpmiddelen (o.a. bedheffer) (uitleen)	2.6.j	2.17 d	Ja	Behandelend arts eef (wijk/transfer)verpleegkundige
Bedverkorters, -verlengers en -verhogers (uitleen)	2.6.j	2.17 f	Ja	Behandelend arts of (wijk/transfer)verpleegkundige
Beeldschermloepen	2.6.f	2.13		Bevoegd voorschrijver verbonden aan Instituut voor blinden en slechtzienden of behandelend arts
Beeldtelefoon	2.6.c	2.10		KNO-arts/ bevoegd voorschrijver verbonden aan Audiologisch Centrum
Bijzondere optische hulpmiddelen: (Digitale) Handloep Loeplamp Lichtloep Telescoop(bril)	2.6.f	2.13		Bevoegd voorschrijver verbonden aan Instituut voor blinden en slechtzienden of behandelend arts
Bladomslag- en voorleesapparatuur	2.6.e	2.12		Behandelend arts
Blindengeleide hond	2.6.f	2.13	Ja	Bevoegd voorschrijver verbonden aan Instituut voor blinden en slechtzienden of behandelend arts
Blindengeleide hond toebehoren	2.6.f	2.13	Ja	Bevoegd voorschrijver verbonden aan Instituut voor blinden en slechtzienden of behandelend arts
Blindentaststokken	2.6.f	2.13		Behandelend arts

Voorschrijver	Vooraf toestemming vereist voor hulpmiddelenleveranciers met een overeenkomst*		Minimale Gebruikstermijn	Hulpmiddel in bruikleen bij gecontracteerde leveranciers**
Herhaling	Eerste keer	Herhaling		
Nee	Nee	Nee	24 mnd	Nee
Nee	Ja	Ja	60 mnd	Ja
Nee	Ja	Ja	60 mnd	Ja
Nee	Nee	Nee	nvt	Ja
Nee	Nee	Nee	nvt	Ja
Nee	Ja	Ja	72 mnd	Ja
Nee	Nee	Nee	nvt	Nee
Nee	Nee	Nee	18 mnd	Nee
Nee	Nee	Nee	nvt	Ja
KNO-arts/ bevoegd voorschrijver verbonden aan Audiologisch Centrum	Ja	Ja	60 mnd	Nee
Medisch specialist	Nee	Ja	nvt	Nee
Nee	Nee	Nee	nvt	Ja
Nee	Nee	Nee	nvt	Ja
Nee	Nee	Nee	nvt	Ja
Nee	Nee	Nee	36 mnd	Ja
Nee	Nee	Nee	De wettelijke garantie voor gebruik, dan wel indien langer de geldende fabrieksgarantie	Ja
Nee	Nee	Nee	De wettelijke garantie voor gebruik, dan wel indien langer, de geldende fabrieksgarantie	Nee
Nee	Ja	Ja	24 mnd	Ja
Nee	Ja	Ja	72 mnd	Ja
Nee	nvt	nvt	nvt	Nee
Nee	Nee	Nee	De wettelijke garantie voor gebruik, dan wel indien langer, de geldende fabrieksgarantie	Nee

Rubriek A

Algemene voorwaarden

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1 Grondslag van de zorgverzekering

Deze zorgverzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

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

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

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

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

1.2 Voor wie

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

1.3 Vorm van de zorgverzekering

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

1.4 Inhoud en omvang van de zorgverzekering

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

1.5 Wie mag de zorg verlenen

1.5.1 Gecontracteerde zorgverlener

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

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

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

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

1.5.2 Niet-gecontracteerde zorgverlener

Kiest u ervoor om naar een zorgverlener te gaan waarmee wij voor de zorg omschreven in Rubriek B geen contract hebben afgesloten (een niet-gecontracteerde zorgverlener)? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten van uw behandeling zelf moet betalen.

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief. Ontvangt u verpleging en verzorging (artikel 27.1 en 27.3) van een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

De maximale vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg vindt u op **zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg**. Op **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker** vindt u met welke zorgverleners wij een overeenkomst hebben gesloten.

1.5.3 Omzetplafonds

Zorg en Zekerheid spreekt met sommige zorgverleners een bedrag af dat zij in een bepaald kalenderjaar maximaal mogen declareren (een omzetplafond). Hiermee houden we de zorg betaalbaar. Met de meeste zorgverleners is contractueel vastgelegd dat zij de zorg moeten leveren, ook als het omzetplafond is bereikt. Dit is de zogenoemde doorleverplicht.

Met een klein deel van de zorgverleners is geen doorleverplicht afgesproken. Deze zorgverleners kunt u vinden op **zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker** en uw zorgaanbieder kan u hierover informeren. Het kan dan voorkomen dat u in dat jaar niet meer bij deze zorgverlener terecht kunt. In dat geval kunt u bellen of mailen naar ons Team Zorgadvies en Bemiddeling op telefoonnummer (071) 5 825 828 of zorgadvies@zorgenzekerheid.nl. Een van onze zorgadviseurs kijkt samen met u bij welke zorgverlener u wel terechtkunt. Als u al in behandeling bent bij een zorgverlener die zijn omzetplafond heeft bereikt, dan heeft dit voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling afmaken bij uw zorgverlener.

1.6 Tijdige zorgverlening

Wanneer een gecontracteerde zorgverlener de benodigde zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u aanspraak op zorgbemiddeling van ons Team Zorgadvies en Bemiddeling. Wij kunnen u dan toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan. De kosten van deze zorg worden in dat geval, nadat wij de nota hebben ontvangen, met in achtneming van de polisvoorwaarden, vergoed. Wij vergoeden de kosten tot maximaal op basis van het op dat moment vastgestelde Wmg-(maximum)tarief (Wet marktordening gezondheidszorg). Wanneer er geen Wmg-(maximum)tarief is vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland marktconforme bedrag.

Team Zorgadvies en Bemiddeling

Het Team Zorgadvies en Bemiddeling van Zorg en Zekerheid adviseert u bij welke zorgverlener u terecht kunt voor uw zorgvraag. Of bemiddelt voor u wanneer u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een ziekenhuisopname of bezoek aan een polikliniek. Meer informatie over het Team Zorgadvies en Bemiddeling vindt u op **zorgenzekerheid.nl/zorgadvies**.

Onder niet of niet-tijdig geleverde zorg van een gecontracteerde zorgverlener verstaan wij ook:

- a. zorg die niet binnen een redelijke afstand van uw woonplaats kan plaatsvinden;
- Of;
- b. in de nabijheid van de woonplaats kan er geen kwalitatieve en verantwoorde zorg verleend worden.

Voor het vaststellen van het tijdstip van tijdige zorgverlening gaan wij uit van medische inhoudelijke factoren, en zo nodig algemene, maatschappelijk aanvaarde wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7 Opname in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij een opname in een ziekenhuis alleen het laagste klasse-tarief. In Nederland kunt u hiermee altijd terecht in een ziekenhuis.

Voorbeeld

Wanneer een ziekenhuis twee verschillende tarieven hanteert; bijvoorbeeld een 2e en 1e klasse tarief. Dan vergoeden wij alleen het laagste tarief, in dit voorbeeld 2e klasse. Het verschil in klasse zit bijvoorbeeld in het aantal patiënten op een kamer. In Nederland komt het niet vaak voor dat ziekenhuizen twee verschillende tarieven hanteren, maar in het buitenland wel.

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 gebruiksstermijn 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.