



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende
Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg, zuurstofconcentrator, zorgplicht, informatieplicht

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

Zaaknummer : 202002000

Zittingsdatum : 18 augustus 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 19 januari 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 2 februari 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar op 12 maart 2021 per brief in de gelegenheid gesteld uiterlijk 9 april 2021 schriftelijk te reageren. Op verzoek van de ziektekostenverzekeraar is deze termijn verlengd tot 23 april 2021. De commissie heeft evenwel geen reactie ontvangen. Hierop is besloten de procedure naar de stand van dat moment voort te zetten. Partijen zijn hierover geïnformeerd per brief op 26 april 2021.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Aanvankelijk hebben beide partijen aan de commissie meegedeeld dat zij van deze mogelijkheid gebruik wensten te maken. Hierop is op 28 juli 2021 aan partijen een brief gestuurd, waarin is vermeld dat de hoorzitting op 18 augustus 2021 zal plaatsvinden. Op 30 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie per e-mail gevraagd de hoorzitting te verzetten in verband met vakantie. Op grond van artikel 11.7 van het reglement kan de commissie besluiten een reeds geplande hoorzitting te verzetten als hiervoor een zwaarwegende reden bestaat. Alvorens op het verzoek van de ziektekostenverzekeraar te beslissen, is verzoeker gevraagd of hij kon instemmen met het verzetten van de hoorzitting. Deze vraag is door verzoeker ontkennend beantwoord. Hierop is besloten de hoorzitting op 18 augustus 2021 te laten doorgaan omdat naar het oordeel van de commissie van een zwaarwegende reden in de hiervoor bedoelde zin geen sprake is, met name nu mag worden aangenomen dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar mogelijk een vervangende vertegenwoordiger aanwezig kon zijn. De ziektekostenverzekeraar is op 11 augustus 2021 van deze beslissing op de hoogte gebracht.
- 2.4. Verzoeker is op 18 augustus 2021 gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft, zonder verdere berichtgeving aan de commissie, niet deelgenomen aan de hoorzitting.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Top collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft een zuurstofconcentrator in bruikleen ontvangen van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde hulpmiddelenleverancier. Verzoeker ervaarde problemen

hiermee, omdat de zuurstofconcentrator een te lage concentratie zuurstof gaf. Dit heeft hij op 23 april 2019 telefonisch gemeld bij de hulpmiddelenleverancier. De leverancier heeft verklaard dat hij bereid was om op 29 april 2019 langs te komen. Hierop heeft verzoeker op 23 april 2019 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Omdat dit niet het door verzoeker gewenste resultaat opleverde, heeft hij besloten zelf een andere zuurstofconcentrator aan te schaffen. Over de gang van zaken heeft verzoeker zich bij de ziektekostenverzekeraar beklagd met zijn brief van 28 april 2019.

3.3. Op 8 april 2019, 13 april 2019, 16 april 2019 en 19 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker declaratieoverzichten gestuurd. Met deze overzichten wordt verzoeker geïnformeerd over het eigen risico dat in rekening wordt gebracht in verband met zorgkosten die door de apotheek en de fysiotherapeut zijn gedeclareerd. Verzoeker is van oordeel dat deze overzichten onduidelijk en onjuist zijn en heeft ook hierover een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar op 28 april 2019.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 mei 2019 per brief op de klachten van verzoeker gereageerd.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens verschillende keren om heroverweging van zijn beslissingen gevraagd. Op 23 mei 2019, 25 november 2019, 2 december 2019 en 21 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief gereageerd, waarbij hij heeft toegelicht hoe hij tot zijn beslissing is gekomen en waarbij hij aan verzoeker heeft meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. Geschil

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

- (i) de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens hem heeft geschonden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan hem een schadevergoeding dient toe te kennen;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar na 23 april 2019 ten onrechte een vergoeding heeft toegekend aan de hulpmiddelenleverancier;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar de declaraties voor fysiotherapie in 2019 onjuist heeft afgehandeld;
- (v) de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens hem heeft geschonden.

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 A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de zorgplicht en de aanspraak op hulpmiddelenzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat op de ziektekostenverzekeraar een zorgplicht rust. Dit houdt in zijn situatie in dat de ziektekostenverzekeraar, dan wel de gecontracteerde hulpmiddelenleverancier, direct actie had moeten ondernemen op het moment dat hij de problemen met zijn zuurstofconcentrator meldde. Daarbij wijst verzoeker erop dat de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk ten onrechte het standpunt heeft ingenomen dat de zuurstofconcentrator bij storing automatisch een melding zou afgeven aan de leverancier en dat het - vanwege het uitblijven hiervan - niet noodzakelijk was dat de leverancier direct optrad. De zuurstofconcentrator geeft weliswaar een melding af bij storing, maar die melding wordt niet automatisch doorgegeven. Deze moet door de gebruiker worden gemeld bij de leverancier. Ondanks het feit dat verzoeker dit heeft gedaan, gingen noch de leverancier noch de ziektekostenverzekeraar direct tot actie over. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens verzoeker geschonden. Dat de ziektekostenverzekeraar achteraf contact heeft opgenomen met de leverancier om de situatie te bespreken doet hier niet aan af. Dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker vervolgens heeft uitgenodigd contact op te nemen met de leverancier om afspraken te maken en tot een passende oplossing te komen, kan verzoeker niet plaatsen. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om - in het kader van zijn zorgplicht - duidelijke afspraken te maken met de leverancier over zijn werkwijze. Ondanks de meldingen door verzoeker bij de leverancier en de ziektekostenverzekeraar heeft dit er niet toe geleid dat de leverancier de zuurstofconcentrator is komen controleren. De ziektekostenverzekeraar blijft echter wel periodiek een vergoeding aan de hulpmiddelenleverancier toekennen, terwijl hij weet of behoort te weten dat de zuurstofconcentrator al lange tijd niet meer kan worden gebruikt.
- 6.3. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens hem op verschillende manieren heeft geschonden. In de eerste plaats door - zoals hiervoor beschreven - onjuiste informatie aan hem te verstrekken. En in de tweede plaats door niet of niet tijdig te reageren op de brieven die hij aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd en de vragen die hij hierin heeft gesteld niet te beantwoorden. Tot slot door aan hem verschillende declaratieoverzichten en een aanmaning te sturen ter zake het eigen risico die kennelijk onjuist waren.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. Uit de tussen partijen gewisselde correspondentie voorafgaand aan deze procedure begrijpt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar het navolgende heeft aangevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker recht heeft op een adequaat functionerend hulpmiddel. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de zuurstofconcentrator, die in bruikleen aan verzoeker is verstrekt, automatisch een melding doorgeeft aan de hulpmiddelenleverancier als sprake is van een storing. Dit blijkt achteraf echter niet juist te zijn geweest. De zuurstofconcentrator geeft weliswaar een melding af, maar verzoeker dient deze zelf door te geven aan de leverancier. Het is dan aan de leverancier om gepaste actie te ondernemen. Voor het verstrekken van de onjuiste informatie in dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aangeboden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar de klachten van verzoeker met de leverancier besproken. Hij vertrouwt erop dat verzoeker en de leverancier samen tot een passende oplossing hiervoor kunnen komen.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij begrijpt dat de verschillende declaratieoverzichten en de aanmaning ter zake het eigen risico verwarring hebben veroorzaakt bij verzoeker. Dit is volgens de ziektekostenverzekeraar als volgt te verklaren. Verzoeker had

aanspraak op fysiotherapie op grond van de zorgverzekering. Aanvankelijk had de fysiotherapeut tot wie verzoeker zich had gewend geen contract met de ziektekostenverzekeraar. Dit contact is echter lopende het jaar alsnog getekend. Hierop heeft de fysiotherapeut meerdere rekeningen gecrediteerd en vervolgens opnieuw bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Dit heeft verrekeningen tot gevolg gehad, waarover de ziektekostenverzekeraar verzoeker heeft willen informeren. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat dit tot onduidelijkheid heeft kunnen leiden, is geen sprake geweest van onjuiste informatieverstrekking.

Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat een betaling van € 385,- ter zake van het eigen risico door een administratieve fout ten onrechte aan verzoeker is teruggestort. Door deze terugstorting bleef het bedrag als een openstaande vordering geadmistreerd, hetgeen ook een verklaring is voor de aanmaning die later aan verzoeker is gezonden. Ook hiervoor heeft de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aangeboden. Daarnaast heeft hij in zijn brief van 25 november 2019 een nadere toelichting gegeven op de nog openstaande vordering en verzoeker tot 1 januari 2020 de tijd gegeven om deze te voldoen. Het eigen risico is volgens de ziektekostenverzekeraar namelijk wel terecht in rekening gebracht.

- 6.6. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij zich kan voorstellen dat de verschillende contactmomenten de nodige frustratie bij de verzoeker hebben veroorzaakt met name vanwege de hierbij ontstane onduidelijkheden. Hiervoor heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker zijn excuses aangeboden en aan hem een bos bloemen gestuurd.

Overwegingen commissie

Zuurstofconcentrator

- 6.7. De zorgverzekering biedt - op grond van artikel B.17 - dekking voor verstrekking (in eigendom of bruikleen), vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen, als beschreven in de Rzv. Wanneer en onder welke voorwaarden hierop aanspraak bestaat is door de ziektekostenverzekeraar nader uitgewerkt in het 'Reglement Hulpmiddelen'.
- 6.8. Vast staat dat de verzoeker een medische indicatie heeft voor een zuurstofconcentrator en dat hij hierop is aangewezen in de nacht om hem van voldoende zuurstof te voorzien. Dat verzoeker tevens aanspraak heeft op dit hulpmiddel ten laste van de zorgverzekering blijkt uit het feit dat deze in bruikleen aan hem is geleverd door een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
- 6.9. Uit de verklaringen van verzoeker blijkt dat de geleverde zuurstofconcentrator op 23 april 2019 niet meer naar behoren functioneerde, waardoor hij deze niet langer kon gebruiken. Aangezien dit door de ziektekostenverzekeraar niet is betwist, vormt dit voor de commissie een gegeven. Evenmin heeft de ziektekostenverzekeraar betwist dat hierdoor voor verzoeker een medisch onverantwoorde situatie was ontstaan en dat verzoeker om die reden zowel de hulpmiddelenleverancier als de ziektekostenverzekeraar heeft benaderd, teneinde tot een oplossing te komen. Dat geen van beide partijen, gelet op de medische situatie waarin verzoeker zich bevond, aanleiding hebben gezien actie te ondernemen, kan de commissie niet volgen. Dit geldt met name gelet op het gegeven dat de zuurstofconcentrator voorziet in een essentiële levensbehoefte en het om die reden medisch onverantwoord was in de situatie van verzoeker om hiervan enkele dagen geen gebruik te kunnen maken. Het had op grond van artikel B.17 van de verzekeringsvoorwaarden dan ook op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen te voorzien in de zorgbehoefte van verzoeker door ervoor zorg te dragen dat verzoeker kon beschikken over een goed functionerend hulpmiddel. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar echter ten onrechte nagelaten.

- 6.10. Verzoeker heeft, nadat hij van de hulpmiddelenleverancier en de ziektekostenverzekeraar had vernomen dat deze geen aanleiding zagen het probleem met de zuurstofconcentrator te verhelpen, besloten er zelf een aan te schaffen. De commissie overweegt dat verzoeker hierop geen aanspraak kan maken ten laste van de zorgverzekering. Uit het reglement volgt dat de zorgverzekering uitsluitend dekking biedt voor een zuurstofconcentrator die in bruikleen wordt verstrekt.
- 6.11. De vraag die rest is of verzoeker dan recht heeft op compensatie van de kosten die hij heeft gemaakt voor de aanschaf van een zuurstofconcentrator bij wijze van een schadevergoeding. In dit verband overweegt de commissie dat in dat geval sprake moet zijn van een toerekenbare tekortkoming en van een causaal verband tussen deze tekortkoming en de ontstane schade. Zoals hiervoor is overwogen, kan de commissie niet volgen dat zowel de hulpmiddelenleverancier als de ziektekostenverzekeraar hebben nagelaten te handelen op het moment dat verzoeker op 23 april 2019 het probleem met zijn zuurstofconcentrator aan ieder van hen heeft gemeld. De ziektekostenverzekeraar is daardoor toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst. Mede gelet op de medisch onverantwoorde situatie die hierdoor was ontstaan, acht de commissie het redelijk dat verzoeker heeft besloten zelf een zuurstofconcentrator aan te schaffen en hiervoor kosten te maken. Uit de verklaringen van verzoeker blijkt dat hiermee een bedrag van € 863,75 gemoeid is. Aangezien gesteld noch gebleken is dat de omvang van dit bedrag onredelijk is, acht de commissie het in deze situatie redelijk een schadevergoeding toe te kennen. De ziektekostenverzekeraar is dan ook gehouden aan verzoeker een schadevergoeding toe te kennen van ten hoogste € 836,75, maar pas nadat verzoeker door middel van een factuur en/of betaalbewijs heeft aangetoond dat hij deze kosten daadwerkelijk heeft gemaakt voor de aanschaf van een zuurstofconcentrator.
- 6.12. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij het niet redelijk acht dat de ziektekostenverzekeraar periodiek een vergoeding aan de hulpmiddelenleverancier uitkeert, terwijl de ziektekostenverzekeraar weet dat de zuurstofconcentrator niet meer door verzoeker wordt gebruikt. Desgevraagd heeft verzoeker ter zitting evenwel verklaard dat hij deze zuurstofconcentrator niet heeft ingeleverd en overigens ook niet voornemens is dit te doen tot dat op zijn voorstel is gereageerd. De commissie overweegt dat de zuurstofconcentrator in bruikleen aan verzoeker is verstrekt door de hulpmiddelenleverancier. Dit betekent dat hij hiervan geen eigenaar is. Hij kan om die reden ook niet beslissen het hulpmiddel te houden, terwijl hij hiervan geen gebruik meer maakt. Hij dient het hulpmiddel dan terug te geven aan de hulpmiddelenleverancier. Een en ander volgt uit het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar. Indien verzoeker - om hem moverende redenen - weigert het hulpmiddel in te leveren, kan dit tot gevolg hebben dat de hulpmiddelenleverancier hiervoor kosten in rekening brengt, ofwel op grond van de bruikleenovereenkomst tussen verzoekster en de hulpmiddelenleverancier, ofwel op grond van de contractafspraken die bij met de ziektekostenverzekeraar heeft gemaakt.

Fysiotherapie

- 6.13. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij sinds oktober 2018 onder behandeling is geweest bij een fysiotherapeut. De declaraties die in dit verband in 2018 zijn ingediend zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Met ingang van 1 januari 2019 werden de declaraties aanvankelijk niet langer volledig vergoed, omdat de fysiotherapeut niet meer gecontracteerd was. Indien een behandeling echter reeds is aangevangen, bestaat op grond van artikel A.17.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering alsnog recht op een vergoeding van de kosten, als ware het contract nog steeds bestond. Dat achteraf alsnog een contract tot stand is gekomen tussen de fysiotherapeut en de ziektekostenverzekeraar doet hier niet aan af. De ziektekostenverzekeraar heeft hierdoor ten onrechte en onnodig verschillende declaratieoverzichten verzonden aan verzoeker, waardoor onduidelijkheid is ontstaan over het verschuldigde eigen risico.

De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de verschillende declaratieoverzichten te verklaren zijn, omdat de fysiotherapeut de declaraties voor de behandelingen tot 13 april 2019 heeft gecrediteerd en opnieuw heeft ingediend nadat alsnog een contract tot stand was gekomen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat dit weliswaar verwarrend kan zijn geweest voor verzoeker, maar dat hij verplicht is hem hierover te informeren. Voorts heeft het er niet toe geleid dat meer eigen risico bij verzoeker in rekening is gebracht dan dat hij is verschuldigd.

- 6.14. De commissie overweegt dat uit de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat het verzenden van de verschillende declaratieoverzichten was gelegen in het feit dat de fysiotherapeut bepaalde rekeningen heeft gecrediteerd en vervolgens opnieuw heeft ingediend. In die situatie is de ziektekostenverzekeraar inderdaad gehouden verzoeker hierover te informeren. In dit geval door middel van verschillende declaratieoverzichten waarop deze mutaties zijn verwerkt. Anders dan verzoeker stelt, zijn deze dus niet ten onrechte verzonden en treft de verwijzing naar artikel A.17.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering geen doel. De commissie kan zich evenwel voorstellen dat een en ander aanvankelijk tot vragen en onduidelijkheden heeft geleid van verzoeker. Met zijn brief van 23 december 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar een toelichting gegeven op de mutaties, waarmee eventuele onduidelijkheden naar het oordeel van de commissie voldoende zijn weggenomen. Overigens is de commissie niet gebleken dat deze toelichting onjuist is of dat het eigen risico ten onrechte bij verzoeker in rekening is gebracht.

Informatieplicht

- 6.15. De ziektekostenverzekeraar heeft reeds op 25 december 2019 per brief aan verzoeker verklaard dat de contactmomenten met verzoeker niet goed zijn verlopen en dat zijn klachten niet naar behoren zijn afgehandeld. Daarmee stond reeds voorafgaand aan deze procedure vast dat de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens verzoeker heeft geschonden en behoeft dit onderdeel geen verdere bespreking.
- 6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) De ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker een schadevergoeding toe te kennen van ten hoogste € 836,75, maar pas nadat verzoeker door middel van een factuur en/of betaalbewijs heeft aangetoond dat hij deze kosten daadwerkelijk heeft gemaakt voor de aanschaf van een zuurstofconcentrator;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 6 oktober 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

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:

- 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](#).

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.

lener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De dieetpreparaten zijn geleverd op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgverlener afspreekt.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend wil zeggen dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u bent verzekerd voor een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van

de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;

- hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
- hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
- hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd.

- De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:

- Plaswekker;
- Gezichtshulpmiddelen;
- Steunzolen;
- Hulpmiddelen voetzorg;
- Thuisbewakingsmonitor;
- ADL-hulpmiddelen;
- Thuisverzorgingsartikelen;
- Steunpessarium;
- Teststrips voor mensen met diabetes waarbij er geen sprake is van toedienen van insuline;
- Persoonsalarmering (sociale alarmering);
- Condooms;
- Braces en bandages;
- Epilepsie alarmering;
- Redressiehelm.

Meer informatie hierover vindt u in hoofdstuk D.4.

- Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding. Dat zijn de volgende hulpmiddelen:

- orthopedische schoenen;
- verbandschoenen;
- haarwerken;
- hoortoestellen;
- gezichtshulpmiddelen.

Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen en/of in hoofdstuk D.4.

Tip

In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn

opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;
- de hoogte van een eventuele wettelijke eigen bijdrage of maximum vergoeding.

U kunt het Reglement bekijken op onze internet-site of bij ons opvragen.

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit het geval is. Als u het hulpmiddel ontvangt van een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, betalen wij de zorgverlener. Daarna verrekenen wij de wettelijke eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

Als u het hulpmiddel ontvangt van een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, betaalt u zelf de zorgverlener en dient u daarna de nota bij ons in. Bij de afhandeling van de nota houden wij meteen rekening met de wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding.

Let op!

Deze wettelijke eigen bijdrage en/of een aanvullende vergoeding op maximumbedragen kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garantievoorwaarden van de fabrikant en/of de zorgverlener.

Schade (kosten van reparatie en vervanging daaronder begrepen) aan een hulpmiddel dat wij aan u in eigendom of bruikleen hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, wordt niet onder uw zorgverzekering gedekt.

Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.

Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de

verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven.

- Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, zien daar op toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.

Zorgverlener

Als wij bij een hulpmiddel specifieke eisen stellen aan een bepaalde zorgverlener, staat dat in het reglement aangegeven.

Voorschrift

Voor aanvang van de behandeling hebt u een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener nodig voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement Hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als dat in het Reglement Hulpmiddelen bij het betreffende hulpmiddel is aangegeven.
- Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat de aanvraag bij ons binnenkomt.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt geleverd op de locatie waar de zorgverlener werkzaam is, op uw (woon)adres of op een ander door u opgegeven adres.

B.17.5. Vervallen.

2.3. Akkoordverklaring

Wel of geen akkoordverklaring

Voor veel hulpmiddelen kunt u voor aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie rechtstreeks bij een door ons gecontracteerde (en geselecteerde) zorgverlener terecht. Deze zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking en welk hulpmiddel voor uw situatie is aangewezen. Als u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking, declareert hij het hulpmiddel rechtstreeks bij ons. Voldoet u niet aan de voorwaarden, dan kunt u ervoor kiezen zelf voor de zorg te betalen of alsnog zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Vermeld daar dan bij dat uw verzoek bij de zorgverlener is afgewezen.

In het onderstaande overzicht geven wij per hulpmiddel aan of u rechtstreeks bij de zorgverlener terecht kunt of dat u een akkoordverklaring bij ons moet aanvragen. Als u het hulpmiddel wilt aanschaffen bij een niet gecontracteerde zorgverlener, (of bij de Natura Just bij een zorgverlener die wij voor dat hulpmiddel niet geselecteerd hebben, terwijl wel selectie van toepassing is) moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen (zie ook art. 2.2 van dit Reglement).

Akkoordverklaring aanvragen

U vraagt de akkoordverklaring schriftelijk bij de afdeling Medische Beoordelingen aan. U moet hiervoor een zorgaanvraag naar ons sturen. Bij de zorgaanvraag stuurt u mee:

- een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de voorschrijver, waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie, soms aangevuld met een advies of rapportage van een ergotherapeut. De voorschrijver is meestal de behandelend arts. In het overzicht onder punt 3 geven we per hulpmiddel aan welke zorgverlener het hulpmiddel mag voorschrijven;
- de volgende informatie:
 - uw relatienummer;
 - uw naam, adres en woonplaats;
 - uw geboortedatum;
 - de naam van de zorgverlener die het hulpmiddel levert;
 - een omschrijving van het gewenste hulpmiddel;
 - het artikelnummer van de Z-index of de GPH-code. De zorgverlener kan u deze gegevens geven;
 - een opgave van de periode dat u verwacht het hulpmiddel nodig te hebben;
 - en als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat een offerte of prijsopgave van de kosten van het te leveren hulpmiddel. Dit geldt ook als u de zorgverzekering Natura Just hebt en naar een zorgverlener gaat die wij voor dit hulpmiddel niet geselecteerd hebben, terwijl wel selectie van toepassing is.

Het kan zijn dat wij verdere aanvullende informatie nodig hebben voor de beoordeling van de zorgaanvraag. Deze zullen we dan bij u opvragen. Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat, zorgt deze vaak namens u voor de indiening van de zorgaanvraag bij ons. Als u kiest voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder (of bij de Natura Just voor een zorgverlener die wij voor dat hulpmiddel niet geselecteerd hebben, terwijl wel selectie van toepassing is) moet u zelf de zorgaanvraag bij ons indienen. Voor een aantal hulpmiddelen is hiervoor een standaard aanvraagformulier. Dit kunt u vinden op onze website. U kunt ook telefonisch een aanvraagformulier opvragen bij onze afdeling Medische Beoordelingen.

2.4. Eigendom of bruikleen

Bruikleen of eigendom

Bepaalde hulpmiddelen krijgt u in eigendom. Deze hulpmiddelen zijn van u, u bent de eigenaar. Andere hulpmiddelen verstrekken wij u in bruikleen. Dit wil zeggen dat u ze mag gebruiken zolang u bij ons verzekerd bent en er recht op hebt. Daarna moet u ze teruggeven. Van deze hulpmiddelen wordt u dus geen eigenaar. Wij bepalen op basis van de levensduur en prijs welke hulpmiddelen in eigendom en welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt. In het onderstaande overzicht van de hulpmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen, wordt steeds aangegeven of een hulpmiddel in eigendom of

bruikleen wordt verstrekt.

Vergoeding bij bruikleen

Als u het hulpmiddel in bruikleen krijgt van een gecontracteerde zorgverlener regelen wij de vergoeding rechtstreeks met deze zorgverlener. Als u het hulpmiddel bij een niet gecontracteerde zorgverlener haalt, krijgt u niet zondermeer de gehele aanschafwaarde vergoed. Wij vergoeden dan de gebruikskosten voor een jaar zoals we die ook bij de gecontracteerde zorgverlener vergoeden. Hebt u de zorgverzekering Natura Just en gaat u naar een zorgverlener die wij voor het betreffende hulpmiddel niet geselecteerd hebben, terwijl wel selectie van toepassing is voor dat hulpmiddel? Dan gelden de voorwaarden en vergoedingen zoals die gelden voor een niet gecontracteerde zorgverlener. Het is afhankelijk van de door u gekozen verzekering welk percentage wij van dit bedrag vergoeden. U kunt hier in artikel A.20 van de verzekeringsvoorwaarden alles over lezen. Wij betalen de vergoeding in gedeeltes verspreid over meerdere maanden aan u uit, afhankelijk van de gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Voor een volgend jaar moet u de vergoeding opnieuw bij ons aanvragen, waarbij wij toetsen of er nog steeds recht op verstrekking is.

Rechten en plichten bij bruikleen

Als u een hulpmiddel in bruikleen krijgt, stellen wij of de zorgverlener een bruikleenovereenkomst op. Hierin staan de rechten en verplichtingen die bij de bruikleen horen.

2.5. Doelmatige zorg

Doelmatige zorg betekent dat het moet gaan om de meest passende zorg in uw situatie. Er moet altijd een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. De zorgverleners letten bij de verstrekking op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen. Hiertoe dienen zij een zorgplan bij te houden waaruit de doelmatigheid van de ingezette hulpmiddelen blijkt. U hebt hierbij ook een eigen verantwoordelijkheid. U moet de richtlijnen en adviezen van de zorgverlener bijvoorbeeld op het gebied van productkeuze, gebruikstermijn, herindicaties en normgebruik, naleven. Als u een hulpmiddel wilt aanschaffen bij een zorgverlener waarmee wij geen overeenkomst hebben (of bij de Natura Just voor dat hulpmiddel niet geselecteerd hebben, terwijl wel selectie van toepassing is), dan hebt u vooraf een akkoordverklaring van ons nodig. Bij de beoordeling daarvan zullen wij letten op de doelmatige inzet van het hulpmiddel. U mag normaal gesproken ook niet door meerdere zorgverleners gelijktijdig eenzelfde hulpmiddel verstrekt krijgen. U hebt dan namelijk maar één keer recht op verstrekking van de betreffende hulpmiddelenzorg. Als u wilt overstappen naar een andere zorgverlener moet u de oude zorgverlener hierover informeren.

2.6. Vervanging, vervolglevering, aanpassing of reparatie

Gebruikstermijn

Wij gaan er bij de verstrekking van een hulpmiddel vanuit dat u een bepaalde periode met dit hulpmiddel kunt doen. Dit noemen we ook wel de gebruikstermijn. Wij kopen de zorg zo in dat het hulpmiddel van een dusdanige kwaliteit is dat normaal gesproken vervanging binnen de gebruikstermijn niet noodzakelijk is. Vervanging kan plaatsvinden als het hulpmiddel niet meer adequaat is. Onze gecontracteerde zorgverleners kunnen dit beoordelen. Als u het hulpmiddel bij een niet gecontracteerde zorgverlener (of bij de Natura Just voor dat hulpmiddel niet geselecteerd hebben, terwijl wel selectie van toepassing is) wilt aanschaffen, moet u hiervoor een akkoordverklaring bij ons vragen. Als er sprake is van de noodzaak tot vroegtijdige vervanging door onjuist gebruik door u en/of toerekenbare onachtzaamheid, moet u de kosten hiervan zelf betalen.

Vervanging of vervolglevering

Als u niet meer beschikt over een adequaat functionerend hulpmiddel en/of niet meer beschikt over voldoende materiaal, kunt u voor vervanging of vervolglevering contact opnemen met uw zorgverlener als deze een overeenkomst met ons heeft. De zorgverlener kan beoordelen of hiervoor een

REGLEMENT HULPMIDDELEN

akkoordverklaring van ons nodig is en kan, indien nodig, de zorgaanvraag namens u verzorgen. Als u het hulpmiddel of de materialen wilt laten leveren door een niet gecontracteerde zorgverlener, moet u zelf bij ons een (vervolg)zorgaanvraag om akkoordverklaring indienen.

Reparatie

Wij hebben met de door ons gecontracteerde zorgverleners afspraken gemaakt over garantietermijnen en reparaties. Als uw hulpmiddel gerepareerd moet worden, kunt u direct contact opnemen met uw zorgverlener als deze een overeenkomst met ons heeft. De zorgverlener kan beoordelen of hiervoor een akkoordverklaring van ons nodig is en de zorgaanvraag namens u verzorgen. Als u het hulpmiddel wilt laten repareren bij een zorgverlener die geen overeenkomst met ons heeft, moet u zelf bij ons een (vervolg)zorgaanvraag om akkoordverklaring indienen. Als er sprake is van de noodzaak tot reparatie door onjuist gebruik door u en/of toerekenbare onachtzaamheid, moet u de kosten hiervan zelf betalen.

Reserve-exemplaar

In een aantal gevallen is het wenselijk en noodzakelijk te kunnen beschikken over een reservehulpmiddel. Hiervoor moet een medische noodzaak zijn. Afhankelijk van het soort hulpmiddel wordt dit door ons of door de gecontracteerde zorgverlener beoordeeld. Als u een reserve-exemplaar van uw hulpmiddel wilt aanschaffen bij een zorgverlener die geen overeenkomst met ons heeft, moet u zelf bij ons een (vervolg)zorgaanvraag om akkoordverklaring indienen.

2.7. Informatie, advies en begeleiding

Voor informatie, advies en/of begeleiding op het gebied van hulpmiddelenzorg kunt u altijd contact opnemen met onze afdeling Medische Beoordelingen.

2.8. Ingangsdatum en verandering reglement

Ingangsdatum

Dit reglement gaat in op 1 januari 2020. Op het moment dat dit reglement ingaat, trekken wij alle eerdere versies in.

Verandering van het reglement

Wij kunnen dit Reglement op elk moment veranderen. Daarbij houden wij rekening met de bepalingen in onze verzekeringsvoorwaarden. Wij kunnen dit Reglement veranderen als de overheid in de Regeling veranderingen doorvoert die hierop van invloed zijn. Als wij dit Reglement veranderen, laten wij dit schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 ^e verstrekking nodig van ¹ :	Akkoord-verklaring nodig van ons (zie noot 1):	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
Stomabeschermers voor gelaryngectomeerden		Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Medisch specialist of verpleegkundig specialist onder supervisie van de medisch specialist	Eigendom	Er mogen maximaal 3 stuks in gebruik zijn. Wij gaan ervan uit dat 3 stuks afdoende is. Hebt u meer dan 3 stuks nodig? Dan kunt u hiervoor een akkoordverklaring aanvragen.
Apparatuur voor positieve uitademingsdruk		Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts of verpleegkundig specialist	Eigendom	De zorg omvat niet een manometer
Zuurstofapparatuur met bijbehorende zuurstof, zuurstofconcentratoren met toebehoren en vergoeding van stroomkosten		Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Huisarts, longarts, cardioloog, neuroloog of verpleegkundig specialist onder supervisie van de medisch specialist	Bruikleen	U hebt aanspraak op een vaste voorziening in de thuissituatie en een back-up (cilinders, voor het geval de basis voorziening uitvalt). De leverancier beoordeelt daarnaast of u ook aanspraak hebt op een mobiele voorziening, die kan worden ingezet voor kortdurend verblijf buitenshuis. Een mobiele voorziening is beperkt in de gebruikstermijn. De leverancier maakt vervolgens samen met u een keuze uit het bestaande assortiment voor welke type mobiele voorziening het beste aansluit bij uw persoonlijke situatie en gebruik. Als er volgens de leverancier aanspraak bestaat op een mobiele voorziening betreft dat 1 mobiele voorziening en 1 accu. Bij gebruik concentrator: u hebt recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten gebaseerd op de gemiddelde stroomkosten van energieleveranciers en het gemiddeld verbruik van concentratoren.