

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, hoogte kilometervergoeding, schadevergoeding, telefonische toezegging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.13 en 2.14 Bzv, 2.37 Rzv, art. 150 Rv
Zaaknummer : 202200838
Zittingsdatum : 14 december 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 7 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 augustus 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 8 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 september 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 10 oktober 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022036718) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 oktober 2022 aan partijen gestuurd.
Bij e-mailbericht van 22 oktober 2022 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie doen toekomen. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar gevraagd de ter zitting door hem gedane toezegging op schrift te stellen. Bij e-mailbericht van 16 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hier gehoor aan gegeven. Een afschrift van deze reactie is op 22 december 2022 aan verzoekster gestuurd. Zij is hierbij in de gelegenheid gesteld te reageren. Bij e-mailbericht van eveneens 22 december 2022 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van haar reactie is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede de reactie van verzoekster van 22 oktober 2022 zijn op 27 december 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 10 oktober 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 5 januari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 en 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Gemeentepakket Compleet en Gemeentepakket, Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 0 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. Op 8 december 2020 is door de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven voor zittend ziekenvervoer. Deze machtiging was niet gespecificeerd. Vanwege het aflopen van de gemachtigde termijn zijn op 2 en 21 december 2021 door verzoekster nieuwe aanvragen gedaan. De eerste aanvraag werd op 17 december 2021 door de ziektekostenverzekeraar akkoord bevonden. Op die datum werd een gespecificeerde vervoersmachtiging afgegeven. De tweede aanvraag - die zag op het vervoer naar en van de huisarts, huisartsenpost en bekkenfysiotherapeut - werd op 10 januari 2022 afgewezen.
- 3.3. Over deze afwijzing is op 10 januari 2022 contact geweest per e-mail. Op 27 januari 2022 belde verzoekster met de ziektekostenverzekeraar. Zij diende op 8 februari 2022 een klacht in, waarvan de ontvangst op 9 februari 2022 per e-mail werd bevestigd door de ziektekostenverzekeraar. Op 10 februari 2022 was er nogmaals telefonisch contact tussen partijen. Verzoekster vroeg op 14 februari 2022 om afgifte van een beschikking, zodat zij de kwestie kon voorleggen aan de rechtbank. Bij e-mailbericht van 17 februari 2022 deelde de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster mee dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft. Verzoekster reageerde hierop bij e-mailbericht van 22 februari 2022. De ziektekostenverzekeraar liet haar bij e-mailbericht van 2 maart 2022 weten zijn afwijzing in stand te laten. Na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen werd het zittend ziekenvervoer naar en van de huisarts en de huisartsenpost alsnog gemachtigd. De machtiging ter zake dateert van 1 juli 2022.
- 3.4. Bij brief van 10 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar:
- 1) een machtiging had moeten afgeven voor het vervoer naar en van de bekkenfysiotherapeut in 2022. Bij wijze van vervangende schadevergoeding vordert zij thans 12 x € 35,-;
 - 2) een overgangsregeling moet treffen voor 2023;
 - 3) de kilometervergoeding voor taxivervoer moet stellen op € 1,18 per kilometer.
- 4.2. Volgens verzoekster zijn de vervoerskosten in voorgaande jaren zonder meer vergoed. Voor 2021 ontving zij van de ziektekostenverzekeraar een niet gespecificeerde machtiging. Sindsdien zijn de voorwaarden niet gewijzigd. Door de kosten te vergoeden zijn bepaalde verwachtingen gewekt. In plaats van haar aanvraag zo maar af te wijzen had de ziektekostenverzekeraar dan ook een overgangsregeling moeten treffen voor 2022. Dit heeft hij echter niet gedaan. Hierdoor kan verzoekster de bekkenfysiotherapeut niet meer bezoeken. In plaats van de vervoerskosten vordert zij een vervangende schadevergoeding van 12 x € 35,-. Verzoekster wijst er in dit verband op dat het vervoer naar de reguliere fysiotherapie wel wordt vergoed.
- 4.3. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar voorts gehouden is voor 2023 een overgangsregeling te treffen, zodat zij voldoende tijd heeft om te zoeken naar alternatieven. Verzoekster heeft geïnformeerd bij de gemeente, maar haar werd gezegd dat de vervoerskosten niet ten laste kunnen komen van de bijzondere bijstand, omdat een voorliggende voorziening bestaat. Zij verwijst hierbij naar enkele uitspraken van de Centrale Raad van Beroep en concludeert dat de ziektekostenverzekeraar de vervoerskosten moet vergoeden. Ten aanzien van de hoogte van de kilometervergoeding voor taxivervoer stelt verzoekster dat € 1,13 per kilometer niet toereikend is voor de vervoerder. De ziektekostenverzekeraar stelt kwantiteit boven kwaliteit en dwingt haar gebruik te maken van een gecontracteerde vervoerder. Verzoekster heeft hierover gebeld met de ziektekostenverzekeraar en tijdens dit gesprek op 9 december 2021 werd haar verteld dat de vergoeding € 1,18 per kilometer bedraagt. Van een door haar ingediende nota van € 510,- kreeg zij maar € 210,18 vergoed, waaruit blijkt dat de korting veel meer bedraagt dan de ziektekostenverzekeraar stelt.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat haar door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat de vergoeding voor het vervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder in 2022 € 1,18 per kilometer bedraagt. Later is verzoekster duidelijk geworden dat de vergoeding slechts € 1,13 per kilometer bedraagt. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 4.5. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoekster verklaard in te stemmen met het door de ziektekostenverzekeraar gedane voorstel. Met de vergoeding van € 1,18 per kilometer is het onderdeel van het verzoek over de hoogte van de vergoeding (3) wat haar betreft opgelost.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij bij zijn afwijzing blijft. Verzoekster heeft geen aanspraak op het vervoer naar en van de bekkenfysiotherapeut. De kosten van de behandelingen komen namelijk ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Zittend ziekenvervoer kan alleen worden vergoed voor zover sprake is van zorg die ten laste komt van de zorgverzekering. Dit blijkt uit artikel 39, eerste lid, onder a, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Om die zelfde reden komt het vervoer in verband met de eerste 20 behandelingen fysiotherapie evenmin voor vergoeding in aanmerking. Helaas is nagelaten dit voorbehoud op te nemen in de machtiging voor 2022. Met betrekking tot de kilometervergoeding voor taxivervoer licht de ziektekostenverzekeraar toe dat deze is bepaald op 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Dit komt neer op € 1,13 per kilometer. Van het telefoongesprek op 9 december 2021, waarin volgens verzoekster een bedrag van € 1,18 per kilometer werd genoemd, is geen informatie meer voorhanden.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald. Hoewel de ziektekostenverzekeraar betwist dat verzoekster een toezegging is gedaan, heeft hij zich bereid verklaard voor de vervoerskosten die zijn gemaakt bij een niet-gecontracteerde taxivervoerder in 2022 eenmalig en coulanchehalve € 1,18 per kilometer in plaats van € 1,13 per kilometer te vergoeden. Dit komt neer op een extra vergoeding van totaal € 16,65.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 10 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Uit de brief d.d. 8 september 2022 blijkt dat het geschil alleen betrekking heeft op het ziekenvervoer naar de bekkenfysiotherapeut.

Artikel 2.13 lid 1, onder a, van het Bzv bepaalt dat het om vervoer moet gaan 'naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen'. Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van het vervoer naar de instelling voor bekkenfysiotherapie in Sint-Oedenrode. De kosten van de behandeling komen niet ten laste van de zorgverzekering, aangezien de kosten van bekkenfysiotherapie uit de aanvullende verzekering worden vergoed. De aanvraag tot vergoeding van bekkenfysiotherapie ten laste van de basisverzekering is afgewezen door verweerder. Derhalve kan ook het vervoer naar de instelling voor bekkenfysiotherapie niet vergoed worden ten laste van de zorgverzekering. Gelet op sub e van het artikel komen ook de kosten van de terugreis niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten voor ziekenvervoer naar en van de instelling in Sint-Oedenrode voor bekkenfysiotherapie. Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden genoemd in artikel 2.13 van het Bzv.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden voor vergoeding van ziekenvervoer ten laste van de basisverzekering."

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 10 van de 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 zittend ziekenvervoer zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Voorts wordt hier artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke rechtsvordering (Rv) aangehaald. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. In artikel 39 van de voorwaarden van de zorgverzekering (Ambulancevervoer en ziekenvervoer), welke bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.13 en 2.14 Bzv, is voor zover in dit verband relevant, bepaald:

"Ambulancevervoer en ziekenvervoer omvat:

1. Medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevoorzieningen over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:

- a. Naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
- b. Naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
- c. Als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult 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, bedoeld in dit artikel in punt 1b, naar:
 - Een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
 - Een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt.
- e. Naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel in punt 1a tot en met 1d;"

Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster is niet gemotiveerd bestreden, dat de kosten van de behandelingen door de bekkenfysiotherapeut worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Nu geen sprake is van zorg die is verzekerd op grond van de Zvw of de Wet langdurige zorg (Wlz), concludeert de commissie dat het hiermee samenhangende

zittend ziekenvervoer niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Dat op grond van de zorgverzekering ter zake geen aanspraak bestaat wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 10 oktober 2022.

- 8.3. Verzoekster heeft betoogd dat bij haar bepaalde verwachtingen zijn gewekt, aangezien de kosten van het zittend ziekenvervoer naar en van de bekkenfysiotherapeut - in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering - eerder wel werden vergoed, terwijl dit nog steeds het geval is voor het vervoer naar en van de reguliere fysiotherapie.

De commissie merkt hierover op dat in het kader van het ziekenvervoer telkens een machtiging moet worden aangevraagd. Uit de overgelegde aanvraagformulieren blijkt dat hierop moet worden vermeld welke zorgaanbieders in de betrokken periode gaan worden bezocht. De naar aanleiding hiervan af te geven machtiging is steeds voor een beperkt tijdvak. In dit geval kende de niet gespecificeerde machtiging van 8 december 2020 een einddatum van 31 december 2021. Aan deze machtiging konden nadien geen aanspraken meer worden ontleend. De commissie is van oordeel dat aan het feit dat een aanvraag moet worden gedaan inherent is dat hierop ook een afwijzende beslissing kan volgen.

Daarbij merkt de commissie op dat de onder 8.2. vermelde voorwaarden ook in de voorgaande jaren golden. Indien verzoekster de kosten van het vervoer naar en van de bekkenfysiotherapeut toen wél vergoed kreeg, heeft zij kennelijk een ruimer gebruik gemaakt van de niet gespecificeerde machtiging van 8 december 2020. Daarnaast waren niet alleen bij die machtiging, maar ook bij de overige afgegeven machtigingen, bijlagen gevoegd, waarin eerder genoemde voorwaarden zijn vermeld. Aan de hand hiervan had verzoekster kunnen weten dat zij de desbetreffende vervoerskosten niet mocht declareren. Zij heeft dit echter wel gedaan, waarop een vergoeding is gevolgd. Van de ziektekostenverzekeraar kan niet worden verwacht dat hij - na het constateren van deze kennelijke fout - doorgaat met vergoeden. Het beroep op gewekte verwachtingen slaagt daarom niet. Het beroep op de door verzoekster overgelegde drie uitspraken van de Centrale Raad van Beroep gaat niet op. In deze uitspraken heeft de Centrale Raad van Beroep overwogen dat de Zvw een aan de Participatiewet voorliggende voorziening is voor vergoeding van kosten zoals van fysiotherapie, respectievelijk een bril, waar het in die zaken om ging. De Centrale Raad van Beroep heeft in de desbetreffende drie uitspraken geoordeeld dat in de Zvw de bewuste keuze is gemaakt om de eerste 20 behandelingen fysiotherapie respectievelijk een bril niet te vergoeden en dat er om die reden geen ruimte is voor de gemeente om de aangevraagde bijzondere bijstand te verlenen. Daarom zijn de gedane verzoeken om bijzondere bijstand terecht afgewezen. Uit de uitspraken kan dan ook niet worden afgeleid dat de Centrale Raad van Beroep heeft geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar de desbetreffende kosten ten laste van de ziektekostenverzekering moet vergoeden.

De conclusie is dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is tot vergoeding van de vervoerskosten naar en van de bekkenfysiotherapeut en daarvoor geen machtiging hoeft af te geven. Dit betekent dat voor toekenning van een vervangende schadevergoeding van 12 x € 35,- geen grond is, nog afgezien van het feit dat de commissie op grond van artikel 21.2 van haar reglement een dergelijke schadevergoeding niet kan toewijzen. Verder volgt uit hetgeen hiervoor is overwogen dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden voor 2023 een overgangsregeling te treffen.

- 8.4. Met betrekking tot de kilometervergoeding voor taxivervoer geldt dat in voornoemd artikel 39 wordt verwezen naar de artikelen 1.4 en 1.6 indien gebruik wordt gemaakt van een niet gecontracteerde taxivervoerder. In artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald:

"Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders (gemiddeld gecontracteerd tarief). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven."

Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster is niet gemotiveerd bestreden dat 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor taxivervoer € 1,13 per kilometer bedraagt. De enkele stelling van verzoekster in dit verband dat haar vervoerder niet uitkomt met dit bedrag treft geen doel.

- 8.5. Volgens verzoekster is haar tijdens een telefoongesprek op 9 december 2021 door een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de kilometervergoeding voor taxivervoer € 1,18 per kilometer bedraagt. De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling van verzoekster betwist. Desalniettemin heeft hij tijdens de hoorzitting het voorstel gedaan om voor vervoerskosten die zijn gemaakt bij een niet-gecontracteerde taxivervoerder in 2022 eenmalig en coulancehalve € 1,18 per kilometer te vergoeden. Dit komt neer op een extra vergoeding van totaal € 16,65. Verzoekster heeft verklaard met dit voorstel in te stemmen en hierover geen uitspraak van de commissie meer te willen. De commissie laat dit onderdeel van het verzoek dan ook verder rusten.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 februari 2023,

L. Ritzema

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

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

Artikel 150

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.37

1. De eigen bijdrage voor ziekenvervoer bedraagt € 111,00 per kalenderjaar.
2. De eigen bijdrage is niet verschuldigd:
 - a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg is opgenomen naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
 - b. voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
 - c. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
 - d. voor logeren, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
 - c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien 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 instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
 - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
 - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
 - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
 - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid;
 - f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c;
 - g. de verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere

gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
6. Indien een verzekerde is aangewezen op vervoer als bedoeld in het eerste of derde lid, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen vergoeding voor kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor kosten van vervoer.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14), GGZ (artikel 25, 26 en 38) en Farmaceutische zorg (artikel 35 Geneesmiddelen) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij

een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- Medisch inhoudelijke factoren
- Algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg (artikel 16), revalidatie (artikel 17.1), plastische en/of reconstructieve chirurgie (artikel 21), gespecialiseerde GGZ (artikel 26) en mondzorg (artikel 32 en 33) als dit in het betreffende zorgartikel is aangegeven. Kijk voor meer informatie in het betreffende zorgartikel.

U heeft ook onze toestemming nodig voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

ZIEKENVERVOER

Artikel 39. Ambulancevervoer en ziekenvervoer

Ambulancevervoer en ziekenvervoer omvat:

1. Medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevoorzieningen over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. Naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - b. Naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
 - c. Als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult 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, bedoeld in dit artikel in punt 1b, naar:
 - Een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
 - Een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt.
 - e. Naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel in punt 1a tot en met 1d;
2. Ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder of instelling als bedoeld onder punt 1a, 1b of 1d of een woning als bedoeld onder punt 1e.

U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. Voor nierdialyses en voor de consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
- b. Voor oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie en voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling;
- c. Als u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- d. Als uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

Wanneer komt u in aanmerking voor ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus (gezichtsscherpte) en door uw gezichtsveld. U heeft recht op ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveld heeft van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie heeft van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vervoer te kunnen beoordelen.

- e. Als u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen bent op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid (intensieve kindzorg);
- f. Als u bent aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 17.2;
- g. Als u bent aangewezen op dagbehandeling in een groep als onderdeel van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel 12 onder punt 2a, 2b of 2c;

- h. Als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Hieronder valt ook het ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Logeerkosten

Bent u tenminste drie achtereenvolgende dagen aangewezen op vervoer als bedoeld onder 2a tot en met 2g? Dan kunnen wij u op uw verzoek een vergoeding voor logeerkosten geven van maximaal € 77,50 per dag. U heeft dan recht op vervoer of een kilometervergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en op vergoeding van twee of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De logeervergoeding komt dus gedeeltelijk in plaats van de vervoersvergoeding.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 111 per kalenderjaar voor ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer en logeerkosten.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Voor ambulancevervoer: bij een vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Voor ziekenvervoer:
 - Bij een taxivervoerder
 - Bij een openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse
 - Eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,32 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Maakt u gebruik van een taxivervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2e (intensieve kindzorg) heeft u een voorschrift nodig van de kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2g (geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen) heeft u een voorschrift nodig van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog generalist. U heeft geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor ziekenvervoer en de vergoeding van logeerkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U kunt telefonisch toestemming vragen bij de vervoersdesk voor:

- Ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen
- Ziekenvervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindertehuis bij intensieve kindzorg
- Vergoeding van logeerkosten.

Kijk voor het telefoonnummer van de vervoersdesk op onze website.

Extra informatie

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.

ZORGBEMIDDELING

Artikel 40. Zorgadvies en bemiddeling

U heeft recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag u gebruikmaken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.