

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202400535

Partijen

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

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft op 22 augustus 2024 telefonisch aan een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat hij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Op 29 augustus 2024 heeft een intakegesprek plaatsgevonden, dat dezelfde dag per brief aan verzoeker is bevestigd. Op 6 september 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 28 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 oktober 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 21 november 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024039693) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 november 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.4. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 18 december 2024, aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is op 19 december 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 januari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aanvullende informatie en de aantekeningen van de hoorzitting zijn op 15 januari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 21 november 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 januari 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in de jaren 2022 en 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Budget en AV Tand Extra (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft in de jaren 2022 en 2023 diverse afspraken gehad bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (hierna: UMCG) en het Erasmus MC. Hij heeft de kosten van het hiermee samenhangende zittend ziekenvervoer gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft bij brief van 31 juli 2023 aan verzoeker meegedeeld dat de desbetreffende kosten niet worden vergoed.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 27 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 21 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 22 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van zittend ziekenvervoer in de jaren 2022 en 2023 alsnog aan hem te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn e-mailbericht van 2 augustus 2023, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, toegelicht dat hij zijn vervoerskosten al jaren vergoed krijgt van de ziektekostenverzekeraar, op basis van de hardheidsclausule. De stelregel daarbij was dat als iemand ongeveer 1.000 kilometer per jaar moet reizen, wat voor hem neerkomt op ongeveer 15 tot 16 bezoeken aan de arts, wordt voldaan aan de voorwaarden voor vergoeding. Ook in de jaren 2022 en 2023 was dit het geval. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding over deze jaren echter afgewezen. Uit telefonische navraag bij de ziektekostenverzekeraar bleek dat deze zich op het standpunt stelt dat een voorwaarde is dat de verzekerde steeds maar naar één ziekenhuis of zorgverlener gaat. Deze voorwaarde is echter niet terug te lezen in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 3.3. Bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 18 december 2024, heeft verzoeker een overzicht gegeven van de ritten die hij heeft moeten maken en welke hiervan wel en niet door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Verder heeft hij opgemerkt dat hij voorheen altijd een machtiging kreeg voor zittend ziekenvervoer als hij boven de 1000 kilometer uit kwam. Vergelijkbare ritten naar het Erasmus en het UMCG zijn door de ziektekostenverzekeraar verschillend beoordeeld. Hij heeft al 50 jaar de ziekte van Crohn, in verband waarmee hij jarenlang nierdialyse heeft ondergaan. In verband met osteoporose krijgt hij elk half jaar een prolia-injectie. De botontkalking is het gevolg van de jarenlange dialyse. Ook voor het trekken van tanden en kiezen moet hij zich daarom wenden tot het UMCG, en kan hij niet naar een reguliere tandarts.

3.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat men in Groningen een transplantatie niet zag zitten. Deze is uitgevoerd in het Erasmus. Daar wilde men verzoeker één keer per jaar zien voor controle. Het gaat nu goed met hem. Van 2007 tot 2014 kreeg hij dialyse, de transplantatie vond plaats in 2014. Eerst ging hij voor consulten terug naar het Erasmus. In het begin vaker, later één keer per jaar. Het consult waarnaar het vervoer in het Erasmus was vergoed, was een controleconsult. De arts heeft gezegd dat het erg ver reizen was voor verzoeker, dus kon hij ook in Groningen voor controle gaan. De bezoeken zijn weliswaar kortdurend, maar deze zijn het gevolg van de langdurige dialyse. Het heeft allemaal met de nieren te maken. De vergoeding voor het vervoer is op tijd aangevraagd, en toch kreeg verzoeker de kosten niet vergoed.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker over de jaren 2022 en 2023 geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 19 juli 2024 aangevoerd dat, uitgaande van de afspraken die verzoeker in die jaren heeft gehad, een berekening is gemaakt op basis van de formule die geldt voor toetsing aan de hardheidsclausule. Controles die geen onderdeel zijn van een behandeltraject zijn niet meegenomen in de berekening. Deze leidt tot een uitkomst van 207. Alleen bij een uitkomst van 250 of hoger is voldaan aan de hardheidsclausule en kunnen de kosten worden vergoed. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 21 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat uit de regelgeving volgt dat nacontroles niet meetellen voor de berekening aan de hand van de hardheidsclausule. Dit volgt uit de toelichting op artikel 2.14 Besluit zorgverzekering (Bzv).
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 28 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker de vervoerskosten van 2020 en 2021 met toepassing van de hardheidsclausule vergoed heeft gekregen. Verzoeker heeft van 12 augustus 2022 tot en met 31 juli 2023 16 behandelingen in het UMCG en 1 behandeling in het Erasmus MC ondergaan. Van de 16 behandelingen in het UMCG tellen 5 behandelingen niet mee voor de berekening aan de hand van de hardheidsclausule. Verzoeker heeft 3 behandelingen kaakchirurgie ondergaan en 2 behandelingen op de polikliniek transplantatiegeneeskunde. De behandelingen transplantatiegeneeskunde betreffen nazorg. De afspraken bij de kaakchirurg zien op een consult, het verwijderen van een tand of kies en een nacontrole. Nazorg en kortlopende behandelingen tellen niet mee voor de hardheidsclausule. Dit volgt uit de toelichting bij de wijziging van artikel 2.14 Bzv, zoals gepubliceerd in het Staatsblad (Staatsblad 2018, 305). De uitkomst van de berekening op basis van de hardheidsclausule komt daarmee niet hoger dan 207.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat is gebleken dat het consult in het Erasmus eigenlijk niet meegerekend had moeten worden. Het gaat inderdaad om hetzelfde, inclusief dezelfde DBC voor nazorg (14E612). De telefonische mededeling dat het zou moeten gaan om behandelingen door één specialist is niet juist. Wat betreft de kaakchirurgische afspraken in het UMCG geldt dat de tandarts schrijft dat het verwijderen operatief moet gebeuren. Dit is geen reden om ervan uit te gaan dat het langdurige behandelingen zijn. De zorg betreft het eenmalig trekken van tanden en kiezen, en later is verzoeker teruggegaan voor het aanmeten van de bovenprothese. Dit kan niet worden gezien als langdurig in het kader van de regelgeving. De behandeling zelf is wel vergoed ten laste van de zorgverzekering. En er zijn behandelingen van de tandarts vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 21 november 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag in geschil is of verzoeker in verband met zijn ziekenhuisbezoeken in de jaren 2022 en 2023 aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het ziekenvervoer ten laste van de basisverzekering.

Zoals ook in het juridisch kader is aangegeven, is in artikel 2.14, eerste lid, Bzv een limitatieve lijst opgenomen van de categorieën verzekerden die in aanmerking komen voor vergoeding van vervoer. Indien een verzekerde niet onder een van de limitatieve categorieën valt, kan er onder voorwaarden recht bestaan op ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Dit blijkt ook uit de polisvoorwaarden van verweerder.

In artikel 2.14, vijfde lid, van het Bzv is bepaald dat het vervoer in verband met nierdialyses en oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie en het vervoer op basis van de hardheidsclausule, ook omvat het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn. Bij de invoering van dit artikel is in de Nota van Toelichting ingegaan op het eindpunt van de behandeling:

"(...)Deze controles vinden plaats in het kader van die primaire behandeling. Als eindpunt van een behandeling geldt dat het geneeskundig doel (voorlopig) bereikt is of het punt waarop duidelijk is dat dit doel niet meer bereikt kan worden. Vervoer voor controles die na dat punt plaatsvinden word[t] dus niet vergoed, omdat de primaire behandeling is afgerond en deze controles onderdeel zijn van de nazorg."

In de Nota van Toelichting staat verder:

"(...)Verzekeraars worden door middel van het machtigingsformulier voor het ziekenvervoer, dat deels door de behandelend arts wordt ingevuld, op de hoogte gesteld van de primaire behandeling en de duur daarvan. Hierbij dient onder andere aangegeven te worden voor welke behandeling het vervoer nodig is en wat de behandelduur en de reisafstand is. Controles die plaatsvinden in het kader van de nazorg nadat de eigenlijke, primaire behandeling is afgerond, vallen dus niet onder de behandeling waarvoor het vervoer wordt vergoed."

Uit het voorliggende dossier volgt dat de behandelingen transplantatiegeneeskunde/niertransplantatie nazorg betreffen en de afspraken bij de kaakchirurg zien op een consult, het verwijderen van een tand of kies en een nacontrole. Verweerder geeft in het dossier aan dat deze behandelingen niet zijn meegenomen in de berekening van de hardheidsformule.

Zoals hierboven is uiteengezet, vallen controles die plaatsvinden in het kader van de nazorg nadat de eigenlijke, primaire behandeling is afgerond, niet onder de behandeling waarvoor vervoer wordt vergoed. Dit heeft als gevolg dat de nazorg in verband met de niertransplantatie, conform de regelgeving, niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering en verzoeker derhalve geen aanspraak kan maken op vergoeding van de gemaakte vervoerskosten.

Met betrekking tot een consult, verwijderen van een tand of kies en nacontrole bij de kaakchirurg merkt het Zorginstituut het volgende op.

Kaakchirurgische hulp voor verzekerden van achttien jaar en ouder kan verzekerde zorg zijn als bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onder a, Bzv, tenzij sprake is van een ongecompliceerde extractie. Echter, in het geval van de hardheidsclausule dient de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen te zijn op vervoer. Alleen indien is voldaan aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor ziekenvervoer op basis van de

hardheidsclausule, omvat dit vervoer tevens vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn en die niet plaatsvinden in het kader van de nazorg nadat de eigenlijke, primaire behandeling is afgerond. Op basis van de informatie in het dossier kan niet opgemaakt worden dat verzoeker ingeval van het (eenmalig) verwijderen van een tand of kies, langdurig is aangewezen op vervoer op grond van artikel 2.14 van het Bzv. Het Zorginstituut kan zich derhalve vinden in het standpunt van verweerder dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van vervoer in verband met zijn afspraken bij de kaakchirurg.

Conclusie

Controles die plaatsvinden in het kader van de nazorg nadat de eigenlijke, primaire behandeling is afgerond, vallen niet onder de behandeling waarvoor vervoer wordt vergoed. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van vervoer van de nazorg niertransplantatie en verweerder hoeft deze behandelingen niet mee te wegen bij het toepassen van de hardheidsclausule.

Voor het recht op ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule geldt dat een verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen is op vervoer. Op basis van de voorliggende informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker in verband met zijn afspraken bij de kaakchirurg langdurig is aangewezen op het vervoer. Hierdoor kan verzoeker geen aanspraak maken op vergoeding van vervoer voor zijn consult, verwijderen van een tand of kies en nacontrole bij de kaakchirurg. Verweerder hoeft dit niet mee te wegen bij het toepassen van de hardheidsclausule.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de gemaakte kosten van het ziekenvervoer ten laste van de basisverzekering."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. 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. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De aanspraak op zittend ziekenvervoer is geregeld in artikel 3.22.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is bepaald dat de kosten van vervoer worden vergoed over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover de verzekerde:
 - a. nierdialyses moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
 - b. oncologische behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
 - c. zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - d. het gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat de verzekerde zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;

e. 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 24 uur per dag van zorg in de nabijheid;

f. gebruikmaakt van geriatrische revalidatiezorg zoals bedoeld in artikel 3.16.2;

g. gebruikmaakt van dagbehandeling die in een groep wordt verleend, in verband met zorg voor speciale patiëntgroepen.

Verder bepaalt het artikel dat als de verzekerde niet aan een van de voorwaarden genoemd onder a. t/m e. voldoet, deze toch recht kan hebben op zittend ziekenvervoer. Er moet dan sprake zijn van behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, vallend onder de dekking van de zorgverzekering, in verband waarmee de verzekerde langdurig is aangewezen op vervoer. En voorts moet het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde heeft in dat geval naast het vervoer naar de behandeling recht op het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn.

- 7.3. Door de zorgverzekeraars wordt bij het vaststellen of sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard wel gebruik gemaakt van een formule, opgesteld door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De commissie begrijpt dat deze wordt gehanteerd als middel, op basis van een onderlinge afspraak tussen de zorgverzekeraars, ter bevordering van een zowel consistente als eenvormige toepassing van de zogenoemde hardheidsclausule, zonder daarmee overigens de mogelijkheid van het op andere wijze vaststellen van onbillijkheid van overwegende aard uit te sluiten. Bedoelde formule luidt als volgt:

$$\text{aantal (maanden)} \times \text{aantal (x per week)} \times 4 \text{ (weken in een maand)} \times \{\text{aantal (km enkele reis)} \times 0,25 \text{ (weging)}\} = X \text{ (op basis van enkele afstand)}$$

Hierbij kunnen de vetgedrukte aantallen variabel ten opzichte van elkaar worden ingevuld om tot een getal (waarde) onder of boven de 250 te komen. Daar waar sprake is van een waarde gelijk aan of hoger dan 250, heeft de verzekerde aanspraak op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule.

- 7.4. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 21 november 2024 vallen controles die plaatsvinden in het kader van de nazorg, nadat de eigenlijke, primaire behandeling is afgerond, niet onder de behandeling waarvoor vervoer wordt vergoed. In dit geval gaat het om de nazorg na een niertransplantatie. Verzoeker valt daarmee niet langer onder één van de aangewezen categorieën. Voor de toepassing van de hardheidsclausule geldt volgens het Zorginstituut dat op basis van de voorliggende informatie in het dossier niet kan worden geconcludeerd dat verzoeker in verband met zijn afspraken bij de kaakchirurg langdurig is aangewezen op het vervoer. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van vervoer voor zijn consult, verwijderen van een tand of kies en nacontrole bij de kaakchirurg. De commissie volgt het Zorginstituut hierin en stelt vast dat verzoeker niet langer behoort tot één van de aangewezen categorieën. Bij de berekening aan de hand van de hardheidsclausule wordt bij verzoeker niet uitgekomen op een waarde van 250 of meer, terwijl niet gebleken is dat het niet verstrekken of vergoeden van het zittend ziekenvervoer anderszins leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard, zodat hij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in de jaren 2022 en 2023 plaatsgevonden ritten. Dat de desbetreffende kosten in eerdere jaren mogelijk wel zijn vergoed - al dan niet op grond van de hardheidsclausule - maakt deze conclusie niet anders.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 januari 2025,

H.A.J. Kroon

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

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, immuuntherapie 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.

3.22 Ziekenvervoer

3.22.1 Ambulancevervoer

Inhoud zorg

U heeft recht op ziekenvervoer per motorvoertuig, helikopter of vaartuig als bedoeld in de Wet ambulancezorgvoorzieningen, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder, als de kosten van de zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- b. naar een instelling waarin u gaat verblijven en waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
- c. naar een zorgaanbieder, als u jonger dan achttien jaar bent en geestelijke gezondheidszorg ten laste van uw gemeente zal ontvangen op grond van de Jeugdwet;
- d. vanuit een instelling, bedoeld onder b. naar:
 - een zorgaanbieder voor een onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
 - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz valt;
- e. naar uw woning, of een andere woning als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als u komt van een van de zorgaanbieders bedoeld in de onderdelen a./m d.

Ambulancevervoer moet zijn goedgekeurd door de meldkamer.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ambulancevervoerder die een vergunning heeft volgens de Wet Ambulancezorgvoorzieningen.

Toestemming vooraf

Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor dit vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- b. U heeft ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan.

Vergoeding

Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer volledig, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.22.2 Ziekenvervoer per eigen auto, taxi, openbaar vervoer

Inhoud zorg

Recht op vervoer voor bepaalde groepen

Naast het vervoer per ambulance zoals hiervoor genoemd, heeft u recht op ziekenvervoer per taxi en op vergoeding van de kosten van vervoer per particuliere auto en vervoer in de laagste klasse van het openbaar vervoer. Het gaat om vervoer van en naar een zorgaanbieder of woning als bedoeld in artikel [3.22.1](#), over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer, voor zover:

- a. u nierdialyses moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
- b. u oncologische behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
- c. u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- d. uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
- e. u jonger bent dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid;
- f. u gebruikmaakt van geriatrische revalidatiezorg zoals bedoeld in artikel [3.16.2](#);
- g. u gebruikmaakt van dagbehandeling die in een groep wordt verleend, in verband met zorg voor speciale patiëntgroepen zoals bedoeld in artikel [3.8.4](#).

Recht op vervoer op basis van de hardheidsclausule

Als u niet aan een van de voorwaarden genoemd onder a. t/m e. voldoet, kunt u toch recht op zittend ziekenvervoer hebben. Er moet dan sprake zijn van behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, vallend onder de dekking van deze zorgverzekering, in verband waarmee u langdurig bent aangewezen op vervoer. Bovendien moet het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u tot een onbillijkheid van overwegende aard leiden. U heeft in dat geval naast het vervoer naar de behandeling ook recht op het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn.

Overnachting in plaats van vervoer

Als u bent aangewezen op vervoer als bedoeld in dit artikel, kunnen wij een bedrag van maximaal € 77,50 per overnachting vergoeden voor de kosten van verblijf (logies). Deze vergoeding komt dan in de plaats van een vergoeding voor kosten van het vervoer. Voorwaarde hiervoor is dat dit vervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig zou zijn. U krijgt dan een vergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en voor twee of meer overnachtingen in de buurt van waar u wordt behandeld.

Let op!

Als u kiest voor het recht op overnachting, dan komt uw recht op ziekenvervoer voor die periode te vervallen. Dit geldt niet voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag.

Wie mag deze zorg verlenen

Een taxivervoerder (een natuurlijke- of rechtspersoon) die in het bezit is van de wettelijke voor het uitoefenen van het taxibedrijf vereiste vergunningen en van het Kiwa-taxikeurmerk TX-Keur.

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- b. In gevallen waarin ziekenvervoer per particuliere auto, taxi of openbaar vervoer niet mogelijk is, kan De Friesland toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door De Friesland aan te geven vervoermiddel.
- c. U heeft ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan. Wij moeten u hier voorafgaand aan het vervoer wel toestemming voor hebben gegeven.
- d. Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoerskosten heeft gemaakt. Wilt u een overnachting declareren? Dan moet u de nota's van uw overnachtingskosten bij ons indienen.

Eigen bijdrage

U bent voor ziekenvervoer per particuliere auto, taxi en openbaar vervoer een bijdrage verschuldigd van € 111,- per kalenderjaar.

De wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor logeerkosten en voor vervoer:

- a. van een instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz bent opgenomen, naar een andere instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- b. van een instelling als bedoeld onder a. naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de basisverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling;
- c. van een instelling waarin u ten laste van de Wlz bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de Wlz, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling.

Toestemming vooraf

Voor ziekenvervoer (met eigen auto, (meerpersoons)taxi of openbaar vervoer), vervoer van een (of eventueel twee) begeleider(s) en voor overnachtingen in plaats van vervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer (058) 291 38 19. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten van ziekenvervoer per taxi volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Voor vervoer per particuliere auto bedraagt de vergoeding € 0,32 per kilometer. Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

De vergoeding van ziekenvervoer per openbaar vervoer bedraagt de werkelijke kosten in de laagste klasse van het openbaar vervoer.

Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.22 Ziekenvervoer

3.22.1 Ambulancevervoer

Inhoud zorg

U heeft recht op ziekenvervoer per motorvoertuig, helikopter of vaartuig als bedoeld in de Wet ambulancezorgvoorzieningen, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder, als de kosten van de zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- b. naar een instelling waarin u gaat verblijven en waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
- c. naar een zorgaanbieder, als u jonger dan achttien jaar bent en geestelijke gezondheidszorg ten laste van uw gemeente zal ontvangen op grond van de Jeugdwet;
- d. vanuit een instelling, bedoeld onder b. naar:
 - een zorgaanbieder voor een onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
 - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz valt;
- e. naar uw woning, of een andere woning als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als u komt van een van de zorgaanbieders bedoeld in de onderdelen a./m d.

Ambulancevervoer moet zijn goedgekeurd door de meldkamer.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ambulancevervoerder die een vergunning heeft volgens de Wet Ambulancezorgvoorzieningen.

Toestemming vooraf

Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor dit vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- b. U heeft ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan.

Vergoeding

Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer volledig, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.22.2 Ziekenvervoer per eigen auto, (lig)taxi, openbaar vervoer

Inhoud zorg

Recht op vervoer voor bepaalde groepen

Naast het vervoer per ambulance zoals hiervoor genoemd, heeft u recht op ziekenvervoer per (lig)taxi en op vergoeding van de kosten van vervoer per particuliere auto en vervoer in de laagste klasse van het openbaar vervoer. Het gaat om vervoer van en naar een zorgaanbieder of woning als bedoeld in artikel [3.22.1](#), over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer, voor zover:

- a. u nierdialyses moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
- b. u oncologische behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
- c. u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- d. uw gezichtsvermogen blijvend zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
- e. u jonger bent dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid;
- f. u gebruikmaakt van geriatrische revalidatiezorg zoals bedoeld in artikel [3.16.2](#);
- g. u gebruikmaakt van dagbehandeling die in een groep wordt verleend, in verband met zorg voor speciale patiëntgroepen zoals bedoeld in artikel [3.8.4](#).

Recht op vervoer op basis van de hardheidsclausule

Als u niet aan een van de voorwaarden genoemd onder a. t/m e. voldoet, kunt u toch recht op ziekenvervoer hebben. Er moet dan sprake zijn van behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, vallend onder de dekking van deze zorgverzekering, in verband waarmee u langdurig bent aangewezen op vervoer. Bovendien moet het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u tot een onbillijkheid van overwegende aard leiden. U heeft in dat geval naast het vervoer naar de behandeling ook recht op het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn.

Overnachting in plaats van vervoer

Als u bent aangewezen op vervoer als bedoeld in dit artikel, kunnen wij een bedrag van maximaal € 82,- per overnachting vergoeden voor de kosten van verblijf (logies). Deze vergoeding komt dan in de plaats van een vergoeding voor kosten van het vervoer. Voorwaarde hiervoor is dat dit vervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig zou zijn. U krijgt dan een vergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en voor twee of meer overnachtingen in de buurt van waar u wordt behandeld.

Let op!

Als u kiest voor het recht op overnachting, dan komt uw recht op ziekenvervoer voor die periode te vervallen. Dit geldt niet voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag.

Wie mag deze zorg verlenen

Een taxivervoerder (een natuurlijke- of rechtspersoon) die in het bezit is van de wettelijke voor het uitoefenen van het taxibedrijf vereiste vergunningen en van het Kiwa-taxikeurmerk TX-Keur.

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- b. In gevallen waarin ziekenvervoer per particuliere auto, taxi of openbaar vervoer niet mogelijk is, kan De Friesland toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door De Friesland aan te geven vervoermiddel.
- c. U heeft ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan. Wij moeten u hier voorafgaand aan het vervoer wel toestemming voor hebben gegeven.
- d. Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoerskosten heeft gemaakt. Wilt u een overnachting declareren? Dan moet u de nota's van uw overnachtingskosten bij ons indienen.

Eigen bijdrage

U bent voor ziekenvervoer per particuliere auto, taxi en openbaar vervoer een bijdrage verschuldigd van € 113,- per kalenderjaar.

De wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor logeerkosten en voor vervoer:

- a. van een instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz bent opgenomen, naar een andere instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- b. van een instelling als bedoeld onder a. naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de basisverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling;
- c. van een instelling waarin u ten laste van de Wlz bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de Wlz, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling.

Toestemming vooraf

Voor ziekenvervoer (met eigen auto, (meerpersoons)taxi of openbaar vervoer), vervoer van een (of eventueel twee) begeleider(s) en voor overnachtingen in plaats van vervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer (058) 291 38 19. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten van ziekenvervoer per taxi volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Voor vervoer per particuliere auto bedraagt de vergoeding € 0,37 per kilometer. Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

De vergoeding van ziekenvervoer per openbaar vervoer bedraagt de werkelijke kosten in de laagste klasse van het openbaar vervoer.

Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.