

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, nacontrole na radiotherapie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.14 Bzv,
2.30 Rzv
Zaaknummer : 202100103
Zittingsdatum : 15 december 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 28 maart 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 16 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 21 juni 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 15 juli 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021024472) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 juli 2021 aan partijen gestuurd. Verzoekster is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten.
- 2.4. Omdat de commissie geen aanvullende informatie van verzoekster ontving, zijn op 3 augustus 2021 en 28 september 2021 herinneringsbrieven gestuurd. Verzoekster heeft op 6 oktober 2021 hierop gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 2.5. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 15 december 2021 gehoord.
- 2.6. Na de hoorzitting is de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld, met toestemming van verzoekster, nadere informatie op te vragen bij de behandelend arts. Omdat de arts niet reageerde, is diverse malen door de zorgverzekeraar verzocht om uitstel. Dit uitstel is door de commissie verleend. Bij brief van 7 maart 2022 heeft de zorgverzekeraar een aanvullende verklaring van de behandelend arts overgelegd, en hierop een reactie gegeven. Deze brief is op 8 maart 2022 aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft, na uitstel, gereageerd bij e-mailbericht van 20 maart 2022.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 22 maart 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 11 april 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 12 april 2022 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. De zorgverzekeraar heeft op 20 april 2022 op het definitief advies gereageerd. Verzoekster heeft op 22 april 2022 respectievelijk 25 april 2022 gereageerd. Kopieën van de reacties zijn aan de wederpartijen gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ZieZo Basis (hierna: de zorgverzekering).

- 3.2. Verzoekster is in 2019 behandeld in verband met een meningeoom dat tegen haar hersenstam aandrukte. Zij heeft hiervoor een zogenoemde 'Gamma Knife'-behandeling gekregen. De verzekeraar waarbij verzoekster zich in 2019 had verzekerd, heeft het zittend ziekenvervoer naar en van deze behandelingen vergoed. In 2020 kreeg zij een controle. Het vervoer dat in verband daarmee plaatsvond, is door de zorgverzekeraar vergoed. In 2021 is zij opnieuw voor controle bij de arts geweest. De kosten van het hiermee gepaard gaande vervoer heeft verzoekster bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft op enig moment aan verzoekster meegedeeld dat het vervoer in verband met de controle die verzoekster heeft gehad, niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 3.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 12 januari 2021 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Op 15 juli 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies het volgende verklaard:

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

In geschil is de vraag of verzoekster recht heeft op vergoeding van vervoer naar een instelling op 21 januari 2021. Op de aanvraag wordt aangegeven dat het vervoer nodig is voor een "CT Scan hoofd voor de situatie met de aldaar behandelde meningeoom die tegen de hersenstam drukt".

In artikel 2.14 lid 5 van het Bzv is bepaald dat het vervoer in verband met nierdialyses en oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie, 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:

"(...) 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 worden 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."

In het dossier is geen medische informatie aanwezig waaruit is op te maken of het behandeldoel van de behandeling in 2019 al was afgerond of dat het om een controle ging om het effect en verloop van de primaire behandeling te bekijken. Het dossier bevat geen verklaring van het ziekenhuis waaruit blijkt dat het vervoer verband houdt met de Gamma Knife-behandeling uit 2019. De enige aanwijzing dat het om nazorg gaat is dat (vertegenwoordiger van) verzoekster in de mail van 10 februari 2021 schrijft 'daar wij in 2020 geen verder onheil tav van ziekte verwachtten'.

In de landelijke richtlijn 'intracranieel meningeoom' (2015) wordt de optimale follow-up van behandelingen van meningeoom in het algemeen besproken. Daarin wordt het maken van een CT-scan niet genoemd. Volgens de patiënten informatie van het Antoni van Leeuwenhoek wordt in de eerste twee jaar om de drie maanden een MRI-scan gemaakt en tussen de zes weken en drie maanden een controle scan. Dit impliceert dat controles op het effect en verloop van de

behandeling in ieder geval tot twee jaar na de bestraling kunnen duren, maar dat het maken van een CT-scan daar niet onder valt. Er kan echter op basis van deze informatie en de beschikbare informatie in het dossier niet beoordeeld worden of het maken van een CT-scan onderdeel was van de primaire behandeling of dat het geneeskundig doel van de Gamma Knife-behandeling al bereikt was.

Nader onderzoek

Om te kunnen beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van het vervoer op 21 januari 2021 ten laste van de basisverzekering dient informatie te worden toegevoegd aan het dossier. Verduidelijkt moet worden of de CT-scan onderdeel was van de primaire behandeling of dat het geneeskundig doel van de Gamma Knife-behandeling al bereikt was. Daartoe dient een verklaring van een arts te worden toegevoegd aan het dossier.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert om nader onderzoek te laten uitvoeren met inachtneming van het bovenstaande. (...)"

- 3.6. De echtgenoot van verzoekster heeft op 6 oktober 2021, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) Ik heb uw verzoek om meer info doorgestuurd naar de Gamma Knife poli in Tilburg. Geen reactie gekregen. Een aantal keren gebeld. Tenslotte vertelde de secretaresse mij dat de neurochirurg vond dat de administratie dit moest beantwoorden en de administratie vond dat de neurochirurg dit moest doen. Resultaat: geen reactie! Klantgerichtheid zou een verbeterpunt zijn. Inmiddels gaat het niet goed met het hoofd van mijn vrouw! Dus zullen er wel meer vervolg bezoeken komen. (...)"

- 3.7. Het Zorginstituut heeft op 11 april 2022 in het definitief advies, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Aanvullende informatie

Tot de aanvullende stukken behoort een brief van het Gamma Knife Centrum Tilburg d.d. 25 januari 2022, gericht aan verweerder. In deze brief geeft het Gamma Knife Centrum Tilburg het volgende aan:

"Op antwoord op uw brief van 30-12-2021 vergezeld van een door patiënte op 29-12-2021 ondertekende machtiging tot uitwisselen van medische informatie stuur ik uw hierbij een kopie m.b.t de Gamma Knife radiochirurgische behandeling die alhier werd uitgevoerd op 28-02-2019 alsook het tot dusver laatste controle alhier op 28-01-2021.

Ik bevestig hierbij dat de controles alhier gebeuren ter evaluatie van het effect en het verloop van de Gamma Knife radiochirurgie op de primaire tumor (beoordeling locale controle) en in het kader van nazorg (beoordeling eventuele complicaties)."

Uit de hoorzitting blijkt verder dat het niet gaat om een CT-scan, maar een MRI-scan. De partner van verzoekster heeft aangegeven in zijn brief per ongeluk te hebben gesproken van een CT-scan.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit de medische informatie die met name afkomstig is uit de brief van het Gamma Knife Centrum Tilburg d.d. 25 januari 2022, blijkt dat na de Gamma Knife-behandeling op 28 februari 2019 controles plaatsvonden. De controle die op 21 januari 2021 plaatsvond, maakte geen onderdeel uit van de primaire behandeling. Deze controle valt onder de noemer 'nazorg' zoals bedoeld in de regelgeving over ziekenvervoer.

Zoals aangegeven 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.

Conclusie

Op basis van de informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat het gaat om vervoer naar controles die plaatsvinden in het kader van de nazorg nadat de primaire behandeling is afgerond. Dit heeft als gevolg dat het ziekenvervoer niet voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking komt.

Het advies

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

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het vervoer naar en van de controleafspraak in 2021 alsnog aan haar te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. De zorgverzekeraar 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. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft toegelicht dat zij jaarlijks een controle krijgt om te kijken of het gezwel in haar hoofd is gekrompen, gelijk gebleven of dat er een aanvullende Gamma Knife-behandeling moet plaatsvinden. De reiskosten in verband met het vervoer naar en van de afspraken en controles zijn steeds vergoed, behalve de laatste controle. Verzoekster is van mening dat de zorgverzekeraar een eigen interpretatie geeft aan artikel 2.14 Bzv, namelijk dat slechts één nacontrole wordt vergoed. Sinds 1 januari 2019 is in genoemd artikel nadrukkelijk bepaald dat ook controles, bloedonderzoek en consulten moeten worden begrepen onder de behandelingen waarvoor recht op vergoeding van vervoer bestaat. Het recht bestaat alleen indien deze controles, bloedonderzoeken en consulten te maken hebben met chemo-, radio- of immunotherapie. Daarvan is bij verzoekster sprake, zodat het vervoer door de ziektekostenverzekeraar moet worden vergoed.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de controle die in 2020 is uitgevoerd, is vergoed. In 2021 moest verzoekster weer komen voor een controle. Vergoeding van de kosten van het vervoer hier naartoe is afgewezen. Op grond van artikel B.19.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zittend ziekenvervoer onder bepaalde voorwaarden. Met ingang van 1 januari 2019 is de prestatie uitgebreid met vervoer in verband met consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek die nodig zijn voor de oncologische behandelingen, nierdialyses en vergelijkbare situaties die onder de hardheidsclausule vallen. De controles moeten plaatsvinden in het kader

van de primaire behandeling. Uiteraard heeft een behandeling een eindpunt. Dit wordt bereikt als het geneeskundig doel (voorlopig) is bereikt of als duidelijk is dat dit doel niet meer kan worden bereikt. Controles die plaatsvinden nadat de primaire behandeling is afgerond, vallen dus niet onder de aanspraak zittend ziekenvervoer. In het geval van verzoekster kon de zorgverzekeraar in 2020 niet nagaan wanneer en of de radiotherapie die is gestart in 2019 was afgerond, omdat zij in dat jaar nog niet bij de zorgverzekeraar was verzekerd. Daarom is het vervoer naar de controle in 2020 nog vergoed als eerste nacontrole na de primaire behandeling. De zorgverzekeraar gaat ervan uit dat de primaire behandeling in ieder geval in 2021 was afgerond, en heeft daarom geen vergoeding meer verleend voor het vervoer naar die controle.

Overwegingen commissie

- 6.4. In artikel 2.14, eerste lid, onder b, Bzv is bepaald dat een verzekerde aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer als hij oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan. In het vijfde lid van genoemd artikel is bepaald dat dit vervoer ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles omvat die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn. De Nota van toelichting bepaalt hierover het volgende:
"(...) Als in het kader van de oncologische behandeling, nierdialyses of behandeling in situaties onder de hardheidsclausule ook consulten, controles en (bloed)onderzoek nodig zijn, dan wordt het vervoer naar die onderdelen van de behandeling dus ook vergoed. Deze controles kunnen ook volgen op bijvoorbeeld de chemokuur zelf, waarbij wordt gekeken naar het effect en verloop van de primaire behandeling. Deze controles vinden plaats in het kader van die primaire behandeling. Uiteraard heeft een behandeling een eindpunt. Dit eindpunt wordt bereikt als het geneeskundig doel (voorlopig) bereikt is of als duidelijk is dat dit doel niet meer bereikt kan worden. 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. (...)"
- 6.5. De zorgverzekeraar heeft het vervoer naar en van de controle in 2020 vergoed, omdat hij van oordeel was dat deze nog plaatsvond in het kader van de primaire behandeling. Voor het consult in het jaar 2021 is hij echter van mening dat dit nazorg betreft. Het vervoer naar en van een controle in dat kader valt niet meer onder de aanspraak op zittend ziekenvervoer.
- 6.6. Het Zorginstituut was in het voorlopig advies van 15 juli 2021 van mening dat in het dossier onvoldoende informatie aanwezig is om te kunnen beoordelen of sprake is van een controle in het kader van de primaire behandeling dan wel nazorg. Daarom heeft het Zorginstituut geadviseerd tot nader onderzoek. De commissie heeft verzoekster gevraagd de behandelend arts om nadere informatie te verzoeken. Dit heeft zij gedaan, maar zij kreeg van deze arts geen reactie en is dus niet in staat de gevraagde verklaring over te leggen.
Na de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar de benodigde informatie alsnog verkregen van de behandelend arts. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 11 april 2022 op basis van deze informatie geadviseerd het verzoek af te wijzen, omdat gebleken is dat de controles plaatsvinden in het kader van de nazorg en de primaire behandeling is afgerond. De kosten van het zittend ziekenvervoerkomen in dit geval niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. De commissie ziet geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en maakt de conclusie hiervan daarom tot de hare.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 april 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website.

Vervoer

B.19 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer

19.1 Vervoer per ambulance

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Wet ambulancevoorzieningen:

- van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
- naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen;
- naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar GGZ zorg zal ontvangen die geheel of gedeeltelijk onder de Jeugdwet valt.

Voorwaarden voor het recht op ambulancevervoer

- Ambulancevervoer moet worden goedgekeurd door de meldkamer.
- 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 vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.
- U heeft alleen recht op ambulancevervoer, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

19.2 Zittend ziekenvervoer

Reist u regelmatig van en naar zorgverleners of zorgverlenende instellingen? Dan heeft u mogelijk recht op de vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een vergoeding van € 0,32 per kilometer bij vervoer per eigen auto. U heeft recht op:

- zittend ziekenvervoer als u voldoet aan één of meer van de volgende criteria:
 - u ondergaat nierdialyse of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
 - u ondergaat oncologische behandelingen met radio-, chemo- of immuuntherapie of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
 - u bent visueel gehandicapt en kunt zich zonder begeleiding niet verplaatsen;
 - u kunt zich uitsluitend per rolstoel verplaatsen;
 - u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel [26.2](#);
 - u bent jonger dan 18 jaar en heeft vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap recht 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;
 - u bent 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 volgens artikel [B.42](#).
- wanneer u aan één of meer van de hierboven genoemde criteria voldoet, heeft u recht op zittend ziekenvervoer:
 - van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
 - naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
 - vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
 - vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
 - van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.
- vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van twee begeleiders toestaan.

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 www.zk.nl/vervoer.

Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van recht op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op zittend ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard. Wij beoordelen of u op basis van de hardheidsclausule recht heeft op vergoeding. Indien u recht heeft op vervoer op grond van deze hardheidsclausule dan geldt dit niet alleen voor de behandeling zelf maar ook voor consulten, onderzoek of controles die u ondergaat omdat die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn.

Eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 108,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor het recht op zittend ziekenvervoer

1. Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm. Als er sprake is van een verzekerde van 16 jaar en ouder dan bepaalt deze medewerker ook of er begeleiding noodzakelijk is. Wanneer u gebruik maakt van vervoer van en naar de dagbehandeling voor [B.42](#), dan is er geen toestemming nodig. De zorgverlener regelt het vervoer voor u.
2. Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisverzekering recht op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
3. Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
4. In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
5. U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

Overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer

Heeft u recht op zittend ziekenvervoer en is het nodig dat u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling reist? Dan heeft u mogelijk recht op een vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van uw behandellocatie. U krijgt een vergoeding van maximaal € 76,50 per nacht. U krijgt ook een vergoeding voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag van uw behandeling (op basis van de voorwaarden zoals hierboven genoemd).

Voorwaarden voor het recht op een overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer:

1. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer. Daarbij wordt gekeken of overnachten minder belastend voor u is dan heen- en terugreizen.
2. Als u kiest voor het recht op overnachting, dan behoudt u op de eerste en laatste dag van die behandelperiode recht op zittend ziekenvervoer voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie. Op de vergoeding van de overnachting is geen eigen bijdrage van toepassing.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website.

Hoe declareer ik mijn nota's?

Een gecontracteerde vervoerder stuurt de nota's van de gemaakte kosten naar ons. 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 dient u de nota's van uw overnachtingskosten bij ons in te dienen.

Voeten

B.20 Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus

Heeft u diabetes mellitus (suikerziekte)? Dan heeft u recht op voetzorg. De inhoud van de voetzorg die u ontvangt, is afhankelijk van uw zorgprofiel. Uw zorgprofiel wordt bepaald door de huisarts, door de internist of door een specialist ouderengeneeskunde. Voor de beoordeling hiervan gaat de arts uit van de Simm's classificatie en de eventuele overige medische risico's.

Na de vaststelling van het zorgprofiel, wordt er voor u een persoonlijk behandelplan opgesteld. Dit doet een podotherapeut die daarvoor bekwaam en bevoegd is. Het aantal controles en de inzet van diagnostiek is mede afhankelijk van het zorgprofiel. Op welke zorgonderdelen u recht heeft, is geregeld in de zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2014. Deze kunt u vinden op onze website.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

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 2.14

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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.30

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 2.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 0,32 per kilometer.
2. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt ten hoogste € 76,50 per nacht.