

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500834

Partijen

A t B, hierna te noemen: verzoeker,

en

CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) op 7 augustus 2025 telefonisch gevraagd een uitspraak te doen. Het verzoek aan de commissie is bij brief van 11 augustus 2025 schriftelijk aan hem bevestigd. Op 21 augustus 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 8 oktober 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 oktober 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 30 oktober 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025024731) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 oktober 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 3 december 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Op 17 en 22 december 2025 heeft de zorgverzekeraar, daartoe in de gelegenheid gesteld, aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 19 respectievelijk 23 december 2025 aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 1 januari 2026 heeft verzoeker gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 9 januari 2026 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 9 januari 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 oktober 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 januari 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 en 2025 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering).

- 2.2. Op 20 december 2024 heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor zittend ziekenvervoer. Bij brief van 15 januari 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij een akkoordverklaring krijgt voor vervoer per taxi, eigen vervoer en openbaar vervoer.
- 2.3. Bij brief van 30 januari 2025 heeft verzoeker de zorgverzekeraar gevraagd de akkoordverklaring om te zetten naar vervoer per rolstoeltaxi. Bij brief van 17 februari 2025 heeft de zorgverzekeraar hier afwijzend op gereageerd.
- 2.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 3 april 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Bij brief van 22 april 2025 heeft verzoeker hierop gereageerd.
- 2.5. Bij brief van 30 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 22 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar, op grond van rolstoelafhankelijkheid, gehouden is een akkoordverklaring te geven voor zittend ziekenvervoer per rolstoeltaxi, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker toegelicht dat hij een LVAD-patiënt is. Hij is bekend met hartfalen in de laatste fase. Verzoeker heeft hiervoor een operatie ondergaan, maar dit heeft niet het gewenste resultaat gehad. Verzoeker is kort van adem, waardoor zijn mobiliteit beperkt is. Na 10 tot 25 meter moet hij gaan zitten. Op een goede dag kan hij 40 à 50 meter lopen. Verzoeker maakt in- en buitenshuis gebruik van een scootmobiel en rollator. Hij probeert zoveel mogelijk te lopen, zodat hij niet nog afhankelijker wordt van hulpmiddelen of mantelzorg. Als verzoeker naar het ziekenhuis moet, worden de verschillende afspraken op één dag gepland. Hierdoor legt hij grote afstanden af in het ziekenhuis. Volgens verzoeker concludeert de zorgverzekeraar ten onrechte dat hij niet in aanmerking komt voor een akkoordverklaring op grond van rolstoelafhankelijkheid, omdat hij gebruik maakt van een scootmobiel in plaats van een rolstoel. Verzoeker stelt in dat verband dat iemand die niet mobiel is, niet mobiel is als hij in een rolstoel zit, maar ook als diegene gebruik moet maken van een scootmobiel.
- 3.3. In een ongedateerde brief aan de zorgverzekeraar heeft verzoeker toegelicht dat hij in 2024 nog een akkoordverklaring heeft gekregen voor zittend ziekenvervoer vanwege rolstoelafhankelijkheid. Zijn situatie is niet veranderd ten opzichte van 2024. Verzoeker heeft een chronische aandoening. Dit wordt ook bevestigd door zijn behandelend arts. Verder heeft verzoeker in de brief zijn onvrede geuit over de zorgverzekeraar en het door deze gecontracteerde vervoersbedrijf.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij tot 2025 een akkoordverklaring voor vervoer per rolstoeltaxi kreeg en dat de akkoordverklaring voor 2025 voor vervoer per taxi, eigen vervoer of openbaar vervoer is gegeven op grond van de hardheidsclausule. De zorgverzekeraar stelt in dat verband ten onrechte dat een scootmobielgebruiker niet kan worden gezien als een rolstoelgebruiker. Volgens de kennisbank van de Patiëntenfederatie worden mensen met een scootmobiel namelijk gezien als rolstoelgebruikers. Het verschil tussen een rolstoel en een scootmobiel is dat een rolstoel wordt bestuurd met een joystick en een scootmobiel met een stuur. De zorgverzekeraar heeft zich onder meer op het standpunt gesteld

dat een scooterbepaalde veiligheidskenmerken moet hebben om mee te kunnen met een rolstoeltaxi. De zorgverzekeraar weet echter niet welke scooterbepaalde in dit geval wordt gebruikt. Daarbij komt dat taxibestuurders geen probleem hebben met de scooterbepaalde van verzoeker. Verder stelt de zorgverzekeraar dat de problemen met het vervoer wel meevallen, maar dit is niet zo. Er zijn veel klachten over het vervoer. Verzoeker moet vaak lang wachten, en onlangs nog heeft een rit van het ziekenhuis in Rotterdam naar Best, van normaliter 1 uur, hem 4 ½ uur gekost. Dergelijke klachten zijn in het verleden door verzoeker wel ingediend bij het vervoersbedrijf, maar dit heeft geen zin. De klachten worden niet serieus genomen en het vervoersbedrijf verwijst naar zijn onderaannemers en de zorgverzekeraar. Op een gegeven moment legt een verzekerde zich dan maar neer bij de situatie. In de jaren 2023 en 2024 ging het vervoer perfect. Inmiddels is al het vervoer overgegaan naar een gecontracteerd vervoersbedrijf en dat zorgt voor problemen.

Volgens de zorgverzekeraar eindigt zijn plicht op het moment dat een verzekerde bij de voordeur van het ziekenhuis wordt afgezet, maar daar beginnen voor verzoeker de problemen. De scooterbepaalde is in zijn geval juist nodig voor het verplaatsen binnen het ziekenhuis.

Soms wordt de rit naar het ziekenhuis uitgevoerd door een rolstoeltaxi. In dat geval kan de scooterbepaalde mee. Het is echter nooit duidelijk of de rit naar huis ook wordt uitgevoerd door een rolstoeltaxi en of de scooterbepaalde dan kan worden meegenomen.

Zonder scooterbepaalde is het voor verzoeker lastig om zich te verplaatsen in het ziekenhuis. Soms vindt de rit uren eerder plaats dan de afspraak in het ziekenhuis. Tijdens het wachten kan hij zich daar dan niet verplaatsen, bijvoorbeeld naar het restaurant.

Sinds een paar weken heeft de zorgverzekeraar een rolstoeltaxi geregeld voor ritten naar het Erasmus MC. In de app van de vervoerder kan voor dit ziekenhuis een rolstoeltaxi worden gereserveerd. Deze mogelijkheid is er helaas niet voor de andere drie ziekenhuizen die verzoeker moet bezoeken.

Het meenemen van een begeleider is geen optie. Verzoeker kan niemand vinden die zo vaak en zo lang met hem naar het ziekenhuis kan gaan.

Verder heeft verzoeker ter zitting opgemerkt dat de in geschil zijnde akkoordverklaring loopt tot 15 december 2025. Inmiddels heeft hij een nieuwe aanvraag gedaan en loopt hij tegen vergelijkbare problemen aan. Er kan eigenlijk niets meer veranderen ten aanzien van de in geschil zijnde akkoordverklaring. Het vervoer is al uitgevoerd.

- 3.5. Bij brief van 1 januari 2026 heeft verzoeker zijn eerder ingenomen standpunten herhaald. Daarnaast heeft hij zijn onvrede geuit over de zorgverzekeraar en toegelicht hoe het proces van zijn aanvraag voor vervoer in 2026 is verlopen.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de door hem voor 2025 afgegeven akkoordverklaring niet kan worden omgezet in een akkoordverklaring voor vervoer per rolstoeltaxi op grond van rolstoelafhankelijkheid.
- 4.2. In zijn brief van 3 april 2025 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat niet is voldaan aan de voorwaarden voor taxivervoer op grond van rolstoelafhankelijkheid. Bij rolstoelafhankelijkheid betreft het personen die zich buitenshuis uitsluitend met een rolstoel kunnen verplaatsen. Het kan hierbij gaan om mensen die een korte periode in een rolstoel zitten, bijvoorbeeld na een botbreuk, maar ook om mensen die een lange periode of altijd een rolstoel nodig hebben. In het verleden heeft verzoeker een akkoordverklaring gekregen voor taxivervoer op grond van rolstoelafhankelijkheid, omdat hij zich verplaatste met een scooterbepaalde. De zorgverzekeraar heeft zijn beleid op dit punt echter aangescherpt. Het gebruik van een scooterbepaalde valt in beginsel niet meer onder de categorie: ‘u verplaatst zich buitenshuis uitsluitend met een rolstoel’. Een scooterbepaalde wordt vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) namelijk alleen verstrekt als betrokkene wordt geacht nog kleine afstanden te kunnen lopen. In

dat geval is dus geen sprake van rolstoelafhankelijkheid. Op taxivervoer in verband met rolstoelafhankelijkheid bestaat daarom geen aanspraak als iemand zich nog met behulp van een hulpmiddel, bijvoorbeeld een rollator of scootmobiel, kan verplaatsen. Dit is ook vermeld op het nieuwe aanvraagformulier voor zittend ziekenvervoer.

De zorgverzekeraar stelt in beginsel de voorwaarde dat iemand op enigerlei wijze beschikt over een rolstoel. Wanneer een rolstoel moet worden meegenomen, moet het vervoer daar immers op worden ingericht. De betreffende vervoersaanspraak is niet bedoeld voor mensen die niet daadwerkelijk van een rolstoel afhankelijk zijn.

- 4.3. In zijn brief van 8 oktober 2025 heeft de zorgverzekeraar herhaald dat verzoeker niet rolstoelafhankelijk is, omdat hij geen rolstoel heeft en kleine stukjes zelf kan lopen met de rollator. Verzoeker kan dus bij het ziekenhuis voor de deur worden afgezet. Hij gebruikt geen rolstoel en heeft ook geen rolstoelvoorziening vanuit de Wmo. De zorgverzekeraar kan daarom niet alsnog toestemming geven voor vervoer per rolstoeltaxi.

Uit het dossier blijkt dat verzoeker vooral problemen heeft met het zich verplaatsen in het ziekenhuis, als hij daar is gearriveerd. Het is begrijpelijk dat dit vervelend is. Echter, bij de beoordeling of aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer en in welke vorm, speelt geen rol of men zich goed kan verplaatsen op de plek van aankomst.

Zelfs al zou verzoeker goedkeuring krijgen voor vervoer per rolstoeltaxi, dan nog hoeft de scootmobiel niet te worden meegenomen door de vervoerder. Alleen specifieke types scootmobielen die veilig kunnen worden vervoerd, met een bepaald keurmerk, mogen worden meegenomen. Een akkoordverklaring voor rolstoelvervoer zou het probleem van verzoeker dus niet per definitie oplossen.

De zorgverzekeraar kan zich voorstellen dat het voor verzoeker verschil zou maken als hij een begeleider mag meenemen in de taxi. Die zou dan ook in het ziekenhuis met verzoeker in een leenstoel van het ziekenhuis kunnen rijden. Op die manier is verzoeker niet afhankelijk van de beschikbaarheid van vrijwilligers. Als verzoeker hieraan behoefte heeft, kan hij de zorgverzekeraar dit laten weten. De zorgverzekeraar zal de akkoordverklaring dan hierop aanpassen.

- 4.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard niet bekend te zijn met de mogelijkheid per app een rolstoeltaxi te reserveren voor een rit naar het Erasmus MC. Verder heeft de zorgverzekeraar verzoeker niet het idee willen geven dat zijn problemen wel meevallen. De zorgverzekeraar heeft de taak om te beoordelen welke kosten kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. In dit geval gaat het om de aanspraak op zittend ziekenvervoer. De problemen die verzoeker ervaart in het ziekenhuis, kan de zorgverzekeraar niet oplossen. Hoewel de zorgverzekeraar er begrip voor heeft dat het gebruik van een scootmobiel het verplaatsen in het ziekenhuis makkelijker maakt, is dit geen grond om goedkeuring te verlenen voor rolstoelvervoer. En, zoals eerder toegelicht, als deze akkoordverklaring al zou kunnen worden gegeven, is het nog de vraag of het type scootmobiel van verzoeker voldoet om te kunnen worden vervoerd.

In het verleden ging de zorgverzekeraar ruimer om met het begrip rolstoelafhankelijkheid, maar dat is sinds een paar jaar niet meer zo. Dit komt mede doordat het Zorginstituut duidelijk heeft gemaakt dat rolstoelafhankelijkheid strikt moet worden geïnterpreteerd. Een scootmobiel en een rolstoel zijn andere voertuigen. Een scootmobiel kan in het kader van de Zorgverzekeringswet niet worden aangemerkt als rolstoel. De zorgverzekeraar voelt zich gesteund in zijn beslissing door het voorlopig advies van het Zorginstituut.

Ten aanzien van de klachten over het vervoersbedrijf geldt dat deze in de eerste plaats moeten worden gemeld bij de vervoerder. De vervoerder heeft aangegeven dat de bij hem ingediende klachten zijn opgelost. De zorgverzekeraar begrijpt dat het voor verzoeker vervelend is om lang te moeten wachten op vervoer, maar als de gevraagde akkoordverklaring voor rolstoelvervoer wordt gegeven, verandert dit niet. Het is wel belangrijk om klachten over de vervoerder ook bij de zorgverzekeraar te blijven melden. Deze signalen worden namelijk ook doorgegeven aan de afdeling die gaat over het contracteren.

De keuze voor het type voertuig van de rit ligt bij de vervoerder. Bij vervoer zonder rolstoel kan het zijn dat er toevallig een rolstoeltaxi wordt gestuurd, maar het kan ook een personenauto zijn. Bij rolstoelafhankelijkheid moet wel altijd met een rolstoeltaxi worden vervoerd. Dat verzoeker in 2023 en 2024 altijd met een rolstoeltaxi ging, was de zorgverzekeraar eerder niet duidelijk. Hij is ervan uitgegaan dat verzoeker al twee jaar niet meer met de rolstoeltaxi ging. Verder heeft de zorgverzekeraar benadrukt dat zowel in 2025 als in de jaren daarvoor een akkoordverklaring is gegeven op grond van de hardheidsclausule en niet op grond van rolstoelafhankelijkheid.

- 4.5. Bij brieven van 17 en 22 december 2025 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat in 2023 nog een akkoordverklaring is gegeven voor vervoer per rolstoeltaxi, maar in 2024 niet meer. In 2024 was er, net als opvolgend in 2025, een akkoordverklaring op basis van de hardheidsclausule. Dit blijkt uit de door de zorgverzekeraar overgelegde akkoordverklaringen. Uit interne navraag is gebleken dat de declaraties in 2023 en 2024 voor taxivervoer allemaal door de vervoerder rechtstreeks zijn ingediend via Vecozo. De declaraties volgen de toestemming. Zo was er in 2023 toestemming voor vervoer per rolstoeltaxi en dat is toen ook gedeclareerd door de vervoerder. In de periode hiervoor en de periode daarna is er uitsluitend toestemming op basis van de hardheidsclausule verleend en dat vervoer is ook gedeclareerd door de vervoerder. De zorgverzekeraar gaat ervan uit dat bij de declaraties met prestaties voor vervoer per rolstoeltaxi de inzet van een rolstoelbus noodzakelijk is. Dat een vervoerder wellicht toch een rolstoelbus inschakelt bij een verzekerde met toestemming vanuit de hardheidsclausule is door hem niet te controleren. Verder geldt dat het feit dat in de app van het gecontracteerde vervoersbedrijf een rolstoelmachtiging staat los moet worden gezien van de akkoordverklaringen die verzoeker van de zorgverzekeraar heeft ontvangen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 30 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verweerder heeft een akkoordverklaring gegeven voor vervoer op grond van de hardheidsclausule. De vraag in geschil is of verzoeker aanspraak kan maken op zittend ziekenvervoer op grond van rolstoelafhankelijkheid ten laste van de basisverzekering.

Rolstoelvervoer kan voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komen voor verzekerden die rolstoelafhankelijk zijn, op grond van artikel 2.14, eerste lid, onder c, van het Bzv. Hierbij gaat het om iemand die volledig rolstoelafhankelijk is en zich niet met een ander loophulpmiddel kan verplaatsen.

Hoewel verzoeker slechts met grote moeite en over een zeer beperkte afstand (ongeveer 10 tot 25 meter) met een rollator kan lopen, blijkt hieruit dat verzoeker niet rolstoelafhankelijk is. Ook geldt dat een scootmobiel niet hetzelfde is als een rolstoel. Daarmee is niet voldaan aan de voorwaarde van rolstoelafhankelijkheid zoals bedoeld in artikel 2.14, eerste lid, onder c, van het Bzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarde van rolstoelafhankelijkheid zoals bedoeld in artikel 2.14, eerste lid, onder c, van het Bzv. Hierdoor kan verzoeker geen aanspraak maken op vergoeding van ziekenvervoer op grond van rolstoelafhankelijkheid.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van ziekenvervoer op grond van rolstoelafhankelijkheid 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 A.22. 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 zorgverzekering biedt dekking voor zittend ziekenvervoer. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven in artikel B.18.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is beschreven is gebaseerd op de artikelen 2.13 en 2.14 Bzv.
- 7.3. De kosten van het vervoer worden vergoed over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover de verzekerde:
 - a. nierdialyses moet ondergaan, of
 - b. oncologische behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie moet ondergaan, of
 - c. zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of
 - d. zich door een beperkt gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of
 - e. jonger is dan 18 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 zorg in de nabijheid, of,
 - f. is aangewezen op geriatrische revalidatie, of
 - g. 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.

Daarnaast omvat het vervoer, in afwijking van de onderdelen a tot en met g, 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. Dit wordt ook wel de hardheidsclausule genoemd.
- 7.4. Wat partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van zittend ziekenvervoer op basis van de c-grond. De commissie begrijpt dat het belang dat verzoeker hierbij heeft is dat hij in dat geval gebruik kan maken van een rolstoeltaxi, bijvoorbeeld om naar het ziekenhuis te gaan. Zijn aanname is daarbij dat hij zijn scootmobiel kan meenemen met de rolstoeltaxi om zich hiermee binnen het ziekenhuis te bewegen. Volgens de zorgverzekeraar is verzoeker niet rolstoelafhankelijk en is het daarnaast niet in alle gevallen toegestaan een scootmobiel mee te nemen met de rolstoeltaxi; dit hangt af van het type.

- 7.5. In zijn advies aan de commissie van 30 oktober 2025 heeft het Zorginstituut toegelicht dat rolstoelvervoer voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking kan komen voor verzekerden die rolstoelafhankelijk zijn, op grond van artikel 2.14, eerste lid, onder c, Bzv. Het gaat hierbij om iemand die volledig rolstoelafhankelijk is en die zich niet met een ander loop hulpmiddel kan verplaatsen. Hoewel verzoeker slechts met grote moeite en over een zeer beperkte afstand met een rollator kan lopen, blijkt hieruit dat hij niet volledig rolstoelafhankelijk is. Ook geldt dat een scootmobiel niet hetzelfde is als een rolstoel. Daarmee is niet voldaan aan de voorwaarde van rolstoelafhankelijkheid, zoals bedoeld in artikel 2.14, eerste lid, onderdeel c, Bzv.

De commissie ziet in het door verzoeker gestelde, met name ten aanzien van de informatie van de Patiëntenfederatie Nederland en hetgeen hij heeft opgemerkt over de keuzemogelijkheid in de app van de vervoerder, geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt het advies over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van zittend ziekenvervoer op grond van rolstoelafhankelijkheid, ten laste van de zorgverzekering. Partijen zijn niet erover verdeeld dat verzoeker op basis van eerdergenoemde hardheidsclausule in aanmerking komt voor het zittend ziekenvervoer per (gewone) taxi, eigen auto of openbaar vervoer.

- 7.6. Verzoeker heeft gesteld dat het vervoer in 2023 en 2024 perfect ging en dat hij voor 2024 nog goedkeuring heeft gekregen voor zittend ziekenvervoer op grond van rolstoelafhankelijkheid. Ook heeft hij uitgelegd dat zijn situatie sindsdien niet is veranderd. Volgens de zorgverzekeraar heeft verzoeker voor 2023 inderdaad nog een akkoordverklaring gekregen voor rolstoeltaxivervoer, maar was dit voor 2024 al niet meer het geval, daarbij heeft hij verwezen naar de door hem aan verzoeker afgegeven akkoordverklaring van 6 december 2023. De zorgverzekeraar heeft in dit verband toegelicht dat hij zijn beleid op het punt van rolstoelafhankelijkheid heeft aangescherpt.
- 7.7. De commissie overweegt dat het de zorgverzekeraar vrij stond zijn beleid in overeenstemming te brengen met de verzekeringsvoorwaarden. Indien echter gedurende langere tijd een beleid is gevoerd in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, kan daardoor bij betrokkene het vertrouwen zijn gewekt dat dit bestendige beleid ook bij een volgende aanvraag toepassing vindt. In het onderhavige geval staat vast dat de zorgverzekeraar althans in 2023 een beleid voerde waardoor verzoeker aanspraak had op zittend ziekenvervoer vanwege rolstoelafhankelijkheid, terwijl daarvan geen sprake was. Door de zorgverzekeraar is evenwel onweersproken gesteld dat in de jaren daarvoor een akkoordverklaring werd gegeven op basis van de hardheidsclausule. Blijkens de overgelegde akkoordverklaring van 6 december 2023 was dit voor 2024 ook het geval. Gezien de incidentele afwijking in 2023 kan niet worden gesproken van een bestendig beleid, waaraan verzoeker het vertrouwen mocht ontlelen dat hij ook in de toekomst aanspraak had op vervoer per rolstoeltaxi. Dat de zorgverzekeraar pas bij brief van 3 april 2025 uitleg heeft gegeven over zijn beleidswijziging leidt niet tot een andere conclusie.
- 7.8. De stelling van verzoeker is daarnaast dat hij – afgezien van de akkoordverklaring voor 2023 - (ook) in 2024 steeds werd vervoerd met een rolstoeltaxi, waarbij hij dan zijn scootmobiel kon meenemen. De zorgverzekeraar heeft dit niet bestreden, maar uitgelegd dat dit kan komen door de werkwijze van de vervoerder. Het is aan de vervoerder om te bepalen welk type voertuig er in de praktijk wordt gestuurd. Verder heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat de vervoerder steeds conform de afgegeven akkoordverklaring heeft gedeclareerd. De commissie begrijpt dit aldus dat de ingediende declaraties zagen op vervoer per (gewone) taxi en niet per rolstoeltaxi. Naar het oordeel van de commissie leidt dit ertoe dat verzoeker ook aan het feitelijk handelen van de gecontracteerde vervoerder niet het gerechtvaardigd vertrouwen mocht ontlelen dat hij door de zorgverzekeraar – overigens in weerwil van de op 6 december 2023 afgegeven machtiging – in 2024 nog steeds werd aangemerkt als rolstoelafhankelijk, en dat hij als zodanig voor 2025 van de zorgverzekeraar een akkoordverklaring voor vervoer per rolstoeltaxi zou krijgen.

Slotsom

7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 februari 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

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 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

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, 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.

- Gecontracteerde leverancier SMR voor het verstrekken van medicijnen of nicotinevervangende middelen.
Dit kan ook een apotheek zijn, maar waarschijnlijk is uw eigen apotheek niet gecontracteerd voor de SMR-farmacotherapie. Op onze website kunt u vinden welke leveranciers wij gecontracteerd hebben. Zoek dan specifiek op 'Stoppen met roken'.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Vervoer

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Vervoer per auto (artikel B.18.2.), vervoer per taxi (artikel B.18.2.), vervoer per openbaar vervoer 2e klasse (artikel B.18.2.), vervoer per ander vervoermiddel (artikel B.18.2.), logeerkosten (artikel B.18.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Ziekenvervoer per auto
Deze zorg omvat:
 - ziekenvervoer met auto over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per taxi
Deze zorg omvat:
 - ziekenvervoer met taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per openbaar vervoer
Deze zorg omvat:
 - ziekenvervoer met openbaar vervoer (2e klasse) over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - vervoer begeleider, in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders, hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per ander vervoer
Ziekenvervoer met een ander vervoermiddel over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, als vervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is.
- Logeren in plaats van vervoer

Wat is uw vergoeding?

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
 1. Vergoeding van € 0,40 maximaal, per kilometer voor vervoer per auto en Vergoeding van 100% voor vervoer per taxi en Vergoeding van 100% voor vervoer per openbaar vervoer 2e klasse en Vergoeding van 100% voor vervoer per ander vervoermiddel.
 2. Vergoeding van € 91,- maximaal, per nacht voor logeerkosten.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Voorwaarden voor vervoer per auto (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 126,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die betrekking hebben op deze behandeling vanaf het bespreken van het definitieve behandelplan tot het stoppen van de behandeling.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U heeft geriatrische revalidatiezorg nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
 - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
 - De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
 - Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
 - De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
 - Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
 - Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
 - een zorgverlener; of
 - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
 - uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar
- We gebruiken Routenet bij het berekenen van de ritlengte
Wij gaan uit van de meest recente versie van deze routeplanner. We berekenen de snelste route van postcode naar postcode. We maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
 - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
 - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
 - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Huurkosten van een huurauto
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeerafres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeerafres.
- Vervoer tussen uw logeerafres en de plaats van behandeling
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeerafres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeerafres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor vervoer per taxi (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 126,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die betrekking hebben op deze behandeling vanaf het bespreken van het definitieve behandelplan tot het stoppen van de behandeling.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U heeft geriatrische revalidatiezorg nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.

- U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
- U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
- De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
- Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
- De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
- Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
- Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
 - een zorgverlener; of
 - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
 - uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- U kunt bij vervoer met taxi met meerdere verzekerden tegelijk worden vervoerd vanwege de doelmatigheid
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
 - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
 - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
 - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Erkende taxivervoerder met TX-keurmerk en met de juiste vergunning.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor vervoer per openbaar vervoer 2e klasse (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 126,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die betrekking hebben op deze behandeling vanaf het bespreken van het definitieve behandelplan tot het stoppen van de behandeling.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U heeft geriatrische revalidatiezorg nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
 - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
 - De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
 - Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
 - De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
 - Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);

- Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
 - een zorgverlener; of
 - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
 - uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
 - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
 - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
 - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor vervoer per ander vervoermiddel (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage € 126,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die betrekking hebben op deze behandeling vanaf het bespreken van het definitieve behandelplan tot het stoppen van de behandeling.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U heeft geriatrische revalidatiezorg nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
 - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
 - De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
 - Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
 - De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
 - Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
 - Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
 - een zorgverlener; of
 - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
 - uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
 - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;

- u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
- u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Huurkosten van een huurauto
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Voorwaarden voor logeerkosten (artikel B.18.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Geen wettelijke eigen bijdrage
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U ondergaat nierdialyse.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die betrekking hebben op deze behandeling vanaf het bespreken van het definitieve behandelplan tot het stoppen van de behandeling.
 - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
 - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U heeft geriatrische revalidatiezorg nodig.
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
 - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

- U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
- De hardheidsclausule is van toepassing.
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
- Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
- De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
- Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
- Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- U wilt logeren in plaats van reizen
 - u komt in aanmerking voor ziekenvervoer op basis van een van de bovenstaande medische indicaties of situaties; en
 - u heeft dit ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U moet bij ons een aanvraag indienen voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) ziekenvervoer

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Ambulancevervoer (artikel B.18.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Ambulancevervoer
Het gaat om al deze zorg:
 - Niet-spoedeisend ambulancevervoer, zoals bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
 - Spoedeisend ambulancevervoer;
 - Ziekenvervoer met ander vervoermiddel als vervoer met ambulance niet mogelijk is;
 - Gebruikskosten van een Automatische Externe Defibrillator (AED) die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht (elektrodenpads).

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor ambulancevervoer.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.