

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202303175

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het vervoer naar en van een controleafspraak in het Oogziekenhuis Rotterdam te vergoeden. Zijn gezichtsvermogen is beperkt en hij gebruikt een rolstoel. Daarnaast is de controleafspraak destijds verzet vanwege coronamaatregelen. Was dit niet gebeurd, dan waren de kosten vergoed onder de eerder afgegeven machtiging. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker niet behoort tot de groepen die aanspraak hebben op zittend ziekenvervoer. Hij heeft geen ernstige visusbeperking en is niet rolstoelafhankelijk. De vervoerskosten in verband met een controleafspraak zouden ook niet onder de destijds afgegeven machtiging zijn gevallen. Dit is op de machtiging vermeld.
- 1.2. De commissie overweegt dat bepaalde groepen van personen aanspraak hebben op zittend ziekenvervoer. Verzoeker behoort hier niet toe, want er is - gelet op zijn visus - bij hem geen sprake is van een beperkt gezichtsvermogen. Voorts is hij niet rolstoelafhankelijk, omdat hij normaliter gebruik maakt van een rollator. Dit alles blijkt uit het advies van het Zorginstituut. Daarnaast is niet voldaan aan de voorwaarden van de hardheidsclausule. De destijds afgegeven machtiging zag op injecties in het oog, waardoor de visus - tijdelijk - was beperkt. Deze zijn tijdens de controleafspraak niet gegeven, zodat de vervoerskosten waarvan nu vergoeding wordt gevraagd ook onder de machtiging zouden zijn afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 25 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 december 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 6 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 februari 2024 aan verzoeker gestuurd.

- 2.3. Bij brief van 11 maart 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024006871) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 maart 2024 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld op het advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 11 maart 2024 respectievelijk 14 maart 2024 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Tandarts Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer naar en van het Oogziekenhuis Rotterdam. De ziektekostenverzekeraar heeft akkoord gegeven voor het vervoer in de periode van 8 september 2022 tot en met 7 december 2022. Op 6 maart 2023 heeft verzoeker opnieuw een aanvraag voor zittend ziekenvervoer ingediend. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 11 maart 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het vervoer naar en van een controleafspraak in het Oogziekenhuis Rotterdam te vergoeden.
- 4.2. Hij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in het klachtenformulier van 25 oktober 2023, dat bij hem sprake is van een beperkt gezichtsvermogen. De afspraak waarvoor hij vergoeding heeft gevraagd betreft een controleafspraak die vanwege coronamaatregelen buiten de reikwijdte van de eerder afgegeven machtiging viel. Zonder deze maatregelen waren de vervoerskosten vergoed. Het gaat om een bedrag van circa € 320,-. Daarnaast is verzoeker rolstoelafhankelijk. Hij heeft van zijn dochter een rolstoel in bruikleen ter beschikking gesteld gekregen.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de aanvraag terecht heeft afgewezen. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat vergoeding van taxivervoer maar in een paar gevallen mogelijk is. Deze situaties staan in artikel B.18.2 van de verzekeringsvoorwaarden beschreven. De visus van verzoeker van links 60% en rechts 80% levert geen vergoedingsgrond op voor zittend ziekenvervoer op basis van een visusbepanking. Ook een tijdelijke gezichtsveldbeperking na het druppelen van de ogen valt niet onder de verzekeringsaanspraak. Daarnaast is bij verzoeker geen sprake van rolstoelafhankelijkheid. Verzoeker heeft geen eigen rolstoel en heeft verteld dat hij zich buitenshuis veelal met een rollator verplaatst. De ziektekostenverzekeraar legt uit dat de eerdere machtiging op 7 september 2022 ten onrechte voor een langere periode is verleend. Uit de latere communicatie met verzoeker is gebleken dat hij eenmalig injecties in zijn

oog heeft gehad. De overige afspraken waren consulten na deze injectie en voor het vervoer in verband hiermee bestaat geen recht op vergoeding vanuit de zorgverzekering. Dit staat ook op de machtiging. Om die reden kan de controleafspraak waarvoor nu een aanvraag is ingediend niet onder de vorige machtiging worden gebracht.

6. Advies Zorginstituut

6.1. In het advies van 11 maart 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In bepaalde gevallen kan er een indicatie zijn voor vergoeding vanuit het basispakket van vervoer naar en van een ziekenhuis, zorgverlener of instelling met (eigen) auto, taxi of openbaar vervoer. Zoals ook in het juridisch kader is uiteengezet, is in artikel 2.14, eerste lid, van het Bzv een limitatieve lijst opgenomen van de categorieën verzekerden die in aanmerking komen voor vergoeding van vervoer.

Rolstoelvervoer

Ingevolge artikel 2.14, eerste lid, onderdeel c, van het Bzv kan een verzekerde in aanmerking komen voor vergoeding van vervoer, als een verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen. Hierbij gaat het om iemand die volledig rolstoelafhankelijk is en zich niet met een ander loophulpmiddel kan verplaatsen. Uit het voorliggende dossier is op te maken dat verzoeker beperkt (50 meter) kan lopen met behulp van een rollator. Er blijkt echter niet dat verzoeker (volledig) rolstoelafhankelijk is.

Visuele beperking

Ingevolge artikel 2.14, eerste lid, onderdeel d, van het Bzv kan een verzekerde in aanmerking komen voor vergoeding van vervoer, als het gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen. Wat betreft visuele beperkingen moet er sprake zijn van een ernstig beperkt gezichtsvermogen (visus van 0,2 of minder) of ernstig beperkt gezichtsveld (zoals kokerzien). Incidenteel vervoer waarbij een verzekerde tijdelijk slecht [ziet] doordat hij of zij vanwege onderzoek of een behandeling aan het oog oogdruppels heeft gekregen, valt niet onder de aanspraak. Uit de voorliggende informatie is op te maken dat het gezichtsvermogen van verzoeker links 60% is en rechts 80%. Hiermee voldoet verzoeker niet aan de indicatievereiste op basis van de visus. Er kan geconcludeerd worden dat de medische indicatie van verzoeker niet valt onder één van de genoemde (limitatieve) categorieën uit artikel 2.14 van het Bzv.

Conclusie

De medische indicatie van verzoeker valt niet onder één van de limitatieve categorieën uit artikel 2.14 van het Bzv.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen aanspraak op vergoeding van ziekenvervoer ten laste van de basisverzekering.

7. Bevoegdheid van de commissie

7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.23 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over zittend ziekenvervoer zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. De kosten van zittend ziekenvervoer, waaronder vervoer per taxi, over een afstand van maximaal 200 kilometer kunnen worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Een zorgverzekeraar vergoedt de kosten alleen in de situaties die zijn genoemd in artikel 2.13 Bzv voor personen die behoren tot de groepen die met name staan genoemd in artikel 2.14 Bzv. Daarnaast is vergoeding mogelijk op grond van de hardheidsclausule. Dat kan aan de orde zijn als iemand voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd is aangewezen op vervoer. Artikel B.18.2 van de zorgverzekering is op het voorgaande gebaseerd. Hierin is bepaald dat vergoeding mogelijk is als ziekenvervoer nodig is omdat:

"(...)

c. u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen.;

d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.;

"(...)"

- 8.3. In de aanvraag van 6 maart 2023 heeft verzoeker aangekruist dat hij vervoer nodig heeft vanwege een visuele handicap. Nadat de ziektekostenverzekeraar hierom had gevraagd, heeft verzoeker verklaard dat zijn visusmeting na correctie links 60% en rechts 80% is. Daarnaast wordt zijn gezichtsvermogen beperkt door het gebruik van oogdruppels. Zoals het Zorginstituut overweegt in het advies van 11 maart 2024 bestaat de aanspraak op zittend ziekenvervoer alleen voor mensen die vanwege hun beperkte gezichtsvermogen zich niet zonder (fysieke) begeleiding kunnen verplaatsen. Als iemand zich met of zonder hulpmiddel zelfstandig kan verplaatsten, bestaat geen aanspraak op vergoeding. Eenmalig of incidenteel vervoer vanwege oogbehandelingen waarvoor oogdruppels moeten worden gegeven valt niet onder de aanspraak. Het Zorginstituut concludeert in zijn advies dat niet is gebleken dat bij verzoeker een visuele beperking als bedoeld in de regelgeving aan de orde is. Daarnaast is volgens het Zorginstituut niet gebleken van rolstoelafhankelijkheid. Verzoeker heeft het beroep op rolstoelafhankelijkheid voor het eerst gedaan ten tijde van het indienen van zijn klacht bij de SKGZ. Verzoeker heeft in dat verband gesteld dat hij een rolstoel in bruikleen heeft gekregen van zijn dochter. De rolstoel was volgens hem noodzakelijk om de afstand naar het ziekenhuis af te leggen. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat verzoeker niet beschikt over een eigen rolstoel en dat hij heeft verklaard dat hij zich buitenshuis meestal met een rollator verplaatst. Verzoeker heeft dit niet weersproken. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van vervoer als iemand zich met een ander loophulpmiddel kan verplaatsen. Nu verzoeker zich normaliter met een rollator verplaatst, is hij niet als rolstoelafhankelijk aan te merken. De commissie ziet in hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd geen aanleiding om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Evenmin bestaat aanspraak op zittend ziekenvervoer op grond van de hardheidsclausule nu verzoeker niet voor langere tijd is aangewezen op het vervoer en het vervoer in kwestie duidelijk een incidenteel karakter heeft. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op de aangevraagde vergoeding van de kosten van het zittend ziekenvervoer in verband met een controleafspraak op grond van de zorgverzekering.

- 8.4. Verzoeker heeft voorts aangevoerd dat de controleafspraak in het ziekenhuis is uitgesteld vanwege de coronabeperkingen. Als er geen beperkingen waren geweest, zou de afspraak binnen de drie maanden waarvoor de ziektekostenverzekeraar eerder een machtiging heeft afgegeven zijn gevallen, en waren de kosten voor vergoeding in aanmerking gekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de machtiging enkel is afgegeven voor ritten naar een consult waarbij verzoeker injecties in het oog zou krijgen. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin volgen. Uit de akkoordverklaring van 7 september 2022 blijkt dat deze enkel geldig is voor ritten naar de oogarts waarbij verzoeker injecties in het oog krijgt, waardoor de visus - tijdelijk - is beperkt. Verzoeker heeft bij de controleafspraak die het hier betreft geen injecties in zijn oog gekregen. Ook als deze controleafspraak binnen de looptijd van de machtiging zou zijn gevallen, bestond geen recht op vergoeding van de kosten van het zittend ziekenvervoer. Het feit dat de afspraak vanwege coronabeperkingen werd uitgesteld, maakt dit niet anders.

Slotsom

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 april 2024,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

B.17.5.
Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring heeft gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

De Wet ambulancevoorzieningen verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikoptertransport onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

Voorwaarden

Algemeen

- Onder ziekenvervoer verstaan wij:
 - Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:
Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het (tijdelijke of gebruikelijke) woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling, verpleging en/of zorg. Of, indien daar geen passende zorg mogelijk is, naar een verder gelegen plaats.
 - de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg; en
 - het woonadres of een andere woning, indien in de eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging mogelijk is.
 - Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz.
- Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Behandelvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

Tarieven

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.13

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

Artikel 2.14

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

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

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