

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, solovervoer, doelmatigheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.13 en 2.14 Bzv
Zaaknummer : 202200656
Zittingsdatum : 8 februari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 26 augustus 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 7 oktober 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 8 november 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022041392) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 november 2022 aan partijen gestuurd.
- 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. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 8 februari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 16 februari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 8 november 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 16 februari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering UC Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft cardiale klachten en is rolstoelafhankelijk. Voor de cardiale klachten brengt verzoekster regelmatig een bezoek aan het ziekenhuis. Tijdens de Covid-19 pandemie heeft verzoekster bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op solovervoer. De zorgverzekeraar heeft dit verzoek afgewezen. Begin 2022 heeft verzoekster de zorgverzekeraar opnieuw verzocht om alleen te worden vervoerd. In reactie hierop heeft de zorgverzekeraar verklaard hiervoor geen toestemming te geven.

3.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 4 april 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. Bij brief van 8 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden een akkoordverklaring af te geven voor solovervoer.

4.2. Verzoekster voert in dit verband aan dat het tijdens het gecombineerd vervoer meerdere keren is voorgekomen dat zij het bewustzijn verloor als gevolg van hartritmestoornissen. Het is niet verantwoord als zij met medepassagiers in de taxi zit. Zij kan uit het niets hartklachten krijgen en de taxichauffeur moet dan een ambulance bellen omdat het niet verantwoord is om door te rijden. Om andere passagiers in de taxi niet tot last te zijn en snel in het ziekenhuis te geraken, heeft verzoekster de zorgverzekeraar verzocht om in het vervolg alleen te worden vervoerd. Dit verzoek wordt ondersteund door de huisarts, de behandelend cardioloog en de chauffeur van de taxi.

4.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat het in de afgelopen jaren verschillende keren is voorgekomen dat zij tijdens een rit in de taxi last kreeg van hartritmestoornissen. Na melding hiervan aan de chauffeur werd dan de taxi langs de kant van de weg gezet en een ambulance gebeld. Op één incident na zaten er in het verleden geen andere passagiers in de taxi, maar verzoekster is bang dat het in de toekomst een keer gaat voorkomen dat er wel anderen aanwezig zijn. Om deze medepassagiers niet tot last te zijn is door de huisarts en cardioloog aangedrongen op solovervoer.

4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt zorgverzekeraar**

5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer omdat zij rolstoelafhankelijk is. Begin 2022 heeft verzoekster verzocht in het vervolg alleen te worden vervoerd, omdat zij in de taxi al meerdere keren het bewustzijn was verloren. Solovervoer wordt echter bijna nooit toegestaan. Alleen als de verzekerde een gevaar is voor de bestuurder en/of de medepassagiers kan hierop aanspraak bestaan, en dit speelt bij verzoekster niet. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeraar heeft de zorgverzekeraar contact gehad met het taxibedrijf dat verzoekster regelmatig vervoert. Uit dit contact is gebleken dat verzoekster al 17 jaar probeert solovervoer te krijgen. Tijdens deze 17 jaar is het twee keer voorgekomen dat de ambulance moest komen omdat verzoekster in de taxi het bewustzijn was verloren. Gelet op deze informatie ziet de zorgverzekeraar geen aanleiding het verzoek om alleen te worden vervoerd goed te keuren.

5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar benadrukt dat vanuit het oogpunt van doelmatigheid moet worden beoordeeld of een verzekerde is aangewezen op groepsvervoer dan wel op solovervoer. Alleen als groepsvervoer zwaarwegende risico's oplevert, of gevaarlijk is voor de chauffeur, is solovervoer aangegeven. Iedereen solovervoer aanbieden is niet alleen vanwege de kosten niet mogelijk, maar ook vanwege het aantal chauffeurs dat beschikbaar is. Verder verbaast het de zorgverzekeraar dat verzoekster stelt dat in het verleden verschillende incidenten hebben plaatsgevonden. Van de vervoerder heeft de zorgverzekeraar namelijk begrepen dat in de afgelopen jaren slechts twee incidenten zijn geweest.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 8 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

Om aanspraak te kunnen maken op ziekenvervoer dient een verzekerde te behoren tot de in artikel 2.14 lid 1 van het Bzv opgesomde groepen. Verzoekster heeft recht op vergoeding van ziekenvervoer vanwege rolstoelafhankelijkheid, dit wordt ook bevestigd in de brief d.d. 4 april 2022.

Het staat verweerder vrij om ziekenvervoer zo doelmatig mogelijk te organiseren voor verzekerden. Combinatievervoer is een mogelijkheid om de gewenste doelmatigheid te bereiken, mits de verzekerde nog steeds tijdig en verantwoord op zijn plaats van bestemming aankomt. Als het combinatiekarakter het tijdige, verantwoorde vervoer echter belemmert, dan kan een verzekerde toch aangewezen zijn op solovervoer. Verzoekster mag verwachten dat het vervoer 'verantwoord en adequaat' is in relatie tot haar aandoeningen en beperkingen. Verweerder moet inzichtelijk motiveren welke criteria gehanteerd worden om al dan niet te besluiten tot toekenning van solovervoer. Verweerder dient alle individuele omstandigheden af te wegen om tot een doelmatige oplossing te komen.

Conclusie

Niet in geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op de vergoeding van ziekenvervoer. Het is aan verweerder om het vervoer doelmatig te organiseren. Het Zorginstituut is niet bevoegd om de doelmatigheid van het ziekenvervoer te beoordelen en merkt alleen op dat verzoekster mag verwachten dat het vervoer 'verantwoord en adequaat' is in relatie tot haar aandoeningen en beperkingen.

Het advies

Het Zorginstituut is niet bevoegd om de doelmatigheid van het ziekenvervoer te beoordelen en kan geen advies uitbrengen voor dit geschil."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 8.2. Niet in geschil is dat zittend ziekenvervoer een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, en dat door verzoekster wordt voldaan aan de hiervoor gestelde voorwaarden, als omschreven in artikel 39 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor het antwoord op de vraag of verzekerden aanspraak hebben op combinatievervoer of solovervoer geldt dat uit het advies van het Zorginstituut van 8 november 2022 volgt dat zorgverzekeraars in beginsel vrij zijn het vervoer zo doelmatig mogelijk te organiseren. Combinatievervoer is een mogelijkheid om dit te bereiken. Alleen als het combinatiekarakter het tijdige, verantwoorde vervoer belemmert, kan een verzekerde zijn aangewezen op solovervoer. Hetgeen partijen in het onderhavige geschil verdeeld houdt, is of die uitzonderingssituatie zich bij verzoekster voordoet. Hierover overweegt de commissie het volgende.
- 8.3. Ten aanzien van de beoordeling of groepsvervoer in de situatie van verzoekster de meest doelmatige oplossing is komt de commissie slechts een beperkte toetsing toe. Bij de totstandkoming van de Zvw is de wetgever immers ervan uitgegaan dat de doelmatigheid van de zorg een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de verzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Wat betreft een eventueel doelmatigheidsvereiste is het aan de verzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en die vervolgens op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden (Stb. 2005, 389, p. 37). De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar in artikel 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft opgenomen dat de zorg doelmatig moet zijn. Verder ligt het op de weg van de verzekeraar erop toe te zien dat een juiste balans tot stand komt tussen enerzijds de kosten van zorg waarop een verzekerde aanspraak maakt en anderzijds de geschiktheid en doeltreffendheid van de te verlenen zorg. Bovendien mag van de verzekeraar worden verwacht dat hij bij zijn beoordeling ook tegenover de verzekerde objectiviteit en transparantie zal betrachten. Tegen deze achtergrond moet worden beoordeeld of de zorgverzekeraar het verzoek om solovervoer terecht heeft afgewezen.
- 8.4. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat een verzekerde in principe gebruik dient te maken van combinatievervoer. Alleen als het combinatievervoer zwaarwegende risico's oplevert, of de verzekerde een gevaar vormt voor de chauffeur of de medepassagiers wordt solovervoer toegestaan. Verzoekster heeft betoogd dat zij aan de door de zorgverzekeraar genoemde criteria voldoet. In dat verband heeft zij in de eerste plaats aangevoerd dat zij last heeft van hartritmestoornissen en dat het al meerdere keren is voorgekomen dat zij tijdens het vervoer het bewustzijn verloor. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden, in die zin dat hem bij navraag is gebleken dat zich in 17 jaar tijd slechts twee van deze incidenten hebben voorgedaan. De commissie overweegt dat, wat er van dat laatste ook zij, van een relatie tussen de ervaren gezondheidsklachten en de wijze van vervoer niet is gebleken. Een zodanige relatie kan in ieder geval niet worden opgemaakt uit de door verzoekster overgelegde verklaringen. Voorts is door verzoekster aangevoerd dat zij zich zorgen maakt over haar eventuele medepassagiers indien zich opnieuw een incident voordoet. Hoewel de commissie begrip heeft voor de zorgen van verzoekster is dit geen reden te concluderen dat zij uitsluitend op solovervoer is aangewezen. Als zich bij verzoekster al een incident voordoet, zal de chauffeur - naar mag worden aangenomen - dezelfde procedure volgen als in geval van solovervoer. Het enig verschil vormt de overlast die de medepassagiers (indien aanwezig) ervaren. Dit risico is zodanig klein - verzoekster maakt onweersproken al 17 jaar gebruik van zittend ziekenvervoer en volgens haar verklaring waren slechts bij één incident medepassagiers betrokken - dat op basis hiervan niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster uitsluitend op solovervoer is aangewezen. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat het de zorgverzekeraar vrij stond de aanvraag van verzoekster voor solovervoer af te wijzen.

Slotsom

8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 maart 2023,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De UC Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Toestemming

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

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

ZIEKENVERVOER

Artikel 39. Ambulancevervoer en ziekenvervoer

Ambulancevervoer en ziekenvervoer omvat:

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

U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

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

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

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

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

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

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

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

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

Logeerkosten

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

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

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

Op voorschrift van

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

Toestemming

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

U kunt telefonisch toestemming vragen bij de vervoersdesk voor:

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

Kijk voor het telefoonnummer van de vervoersdesk op onze website.

Extra informatie

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

ZORGBEMIDDELING

Artikel 40. Zorgadvies en bemiddeling

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

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