Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202600051

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoeker heeft bij brief van 22 februari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 maart 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

1.2. Bij brief van 10 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is diezelfde dag aan verzoeker gestuurd.

1.3. Bij brief van 22 juli 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026012051) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 juli 2026 aan partijen gezonden.

1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 augustus 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

1.5. Op 9 september 20 26 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 12 september 2026 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 16 september 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen.

1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 16 oktober 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 22 juli 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 oktober 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorgverzekering Basis Plus (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende

ziektekostenverzekering Zorg & Herstel (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

2.2. Verzoeker heeft in voorgaande jaren van de ziektekostenverzekeraar een machtiging gekregen voor zittend ziekenvervoer per eigen vervoer, vanwege rolstoelafhankelijkheid, voor ritten naar diverse ziekenhuizen. Deze machtiging werd telkens automatisch met een jaar verlengd.

2.3. Bij brieven van 11 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker akkoordverklaringen gegeven voor zittend ziekenvervoer per eigen vervoer, vanwege rolstoelafhankelijkheid, voor de periode van 1 januari 2026 tot en met 31 juli 2026.

2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.5. Op 16 december 2025 is een akkoordverklaring gegeven voor zittend ziekenvervoer per taxi, vanwege rolstoelafhankelijkheid, voor de periode van 16 december 2025 tot en met 31 juli 2025.

2.6. Bij brief van 28 januari 2026, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat deze laatste akkoordverklaring geldt tot 1 augustus 2026.

2.7. Bij brief van 22 juli 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.8. Bij brief van 22 oktober 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 ziektekostenverzekeraar gehouden is een akkoordverklaring te geven voor zittend ziekenvervoer, vanwege rolstoelafhankelijkheid, voor de periode van 1 januari 2026 tot en met 31 december 2026, ten laste van de zorgverzekering.

3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij brief van 22 februari 2026 toegelicht dat zijn rechterbeen, door bottuberculose in zijn jeugd, 35 centimeter korter is dan het linker. Dit verschil wordt opgevangen door een orthese. Zijn been bevindt zich in een koker waaronder een kunstvoet is aangebracht. Zowel de knie als het heupgewricht is verwijderd. Het bekken is daardoor vergroeid met de heup, buigen van de heup en de knie is niet mogelijk. In de linker heup is na overbelasting een Total-hip geplaatst, die al 26 jaar standhoudt. Het gevolg is wel dat ook deze heup maar beperkt buigzaam is. Daarnaast is er sprake van scoliose en COPD.

3.3. De beperking in het bewegen heeft grote gevolgen voor het functioneren van verzoeker, met name bij zitten en lopen. Door de ontstane scoliose zitten zenuwen tussen de wervels geklemd, waarvoor regelmatig de pijnpoli moet worden bezocht. Zitten op een normale stoel is voor verzoeker niet mogelijk. Hij kan niet zelfstandig gaan zitten of staan. De zitting van de stoel is veelal te laag. Dit betekent dat de hoek die de rug moet maken pijn veroorzaakt door de scoliose. In een stoel zonder armsteunen kan verzoeker helemaal niet zitten. Als een stoel wel steunen heeft, moet hij de zitting opvullen met kussens, en wel tot een dusdanige hoogte dat het been voldoende vrijkomt van de rand van de zitting. Overigens is ook dat geen optie, omdat het opheffen met gebruik van de armsteunen verzoeker al eerder operaties aan beide polsen heeft opgeleverd. Hierdoor is hij dus afhankelijk van een trippelstoel, sta-op-stoel, rolstoel of scootmobiel. Lopen gaat, vanwege de beschreven beperkingen, zeer moeizaam. Om zo lang mogelijk zelfstandig

te kunnen blijven functioneren en overgewicht te voorkomen, is blijven bewegen van groot belang. Op advies van de fysiotherapeut heeft verzoeker daarom een looprek aangeschaft dat ervoor moet zorgen dat de rug recht blijft tijdens het oefenen. Dit gaat steeds beter en verzoeker doet zo vaak als mogelijk, en binnen zijn mogelijkheden, loopoefeningen. Lange stukken achtereen lopen is evenwel niet aan de orde.
De ziektekostenverzekeraar is van dit alles op de hoogte en doet het toch voorkomen alsof verzoeker wandelingen zou maken in en om het huis. De ziektekostenverzekeraar weet dat het daarbij een therapeutisch traject betreft. Verzoeker heeft bevestigd dat dit in en om het huis plaatsvindt. Daarbuiten zou niet kunnen vanwege het meestal ongelijke plaveisel.

3.4. Verzoeker kan geen gebruik maken van het openbaar vervoer. Hij kan zich uitsluitend verplaatsen met een eigen auto, waarbij het gaspedaal links van het rempedaal is geplaatst. Zitten in een andere auto behoort niet tot de mogelijkheden. Verzoeker kan niet plaatsnemen op de stoel van de passagier vanwege het feit dat hij zijn been niet kan buigen. Hij zou zich op de schoot van de chauffeur moeten begeven om zijn been binnenboord te krijgen. Hierdoor kan de auto beschadigen. Bovendien zou de auto een breed voorportier moeten hebben en dient de stoel helemaal achterwaarts te zijn geplaatst. Als verzoeker in de auto zit, moet hij voldoende beenruimte hebben, zodat hij niet opgevouwen zit. Dit heeft namelijk consequenties voor de maag en rug. De zitting is meestal ook te laag. In de eigen auto wordt deze opgevuld met kussens.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft jarenlang de kosten van het ziekenvervoer vergoed op grond van rolstoelafhankelijkheid. Hij heeft verklaard hiermee te stoppen per 1 augustus 2026 op grond van aangescherpte regelgeving van de overheid. Volgens de ziektekostenverzekeraar is iemand niet rolstoelafhankelijk als hij zelfs maar een paar stappen zelfstandig of met een loophulpmiddel kan zetten. Echter, dit standpunt is niet terug te vinden in de regelgeving. In artikel 2.14, eerste lid, onderdeel c, van het Besluit zorgverzekering staat: *"De verzekerde zich uitsluitend per rolstoel kan verplaatsen"*. *Vervolgens staat op de site van het Zorginstituut*: *"Rolstoelvervoer wordt onder voorwaarden vergoed. Naar ziekenhuis, zorgverlener of instelling. Het maakt daarbij niet uit of u kort, lang of voor altijd in een rolstoel zit of hoever u moet reizen. Rolstoelvervoer wordt niet vergoed als u een loophulpmiddel gebruikt. Als u zich kunt verplaatsen met een loophulpmiddel, krijgt u het vervoer niet vergoed. Bijvoorbeeld als u een rollator of looprek heeft"*. Met zijn standpunt gaat de ziektekostenverzekeraar voorbij aan de realiteit dat verzoeker, ook met een loophulpmiddel, de zorgaanbieder niet kan bereiken. Het is nauwelijks voor te stellen dat het Zorginstituut met de tekst op zijn website bedoelt dat alleen het bezit van een loophulpmiddel, ongeacht het gebruik, leidt tot het onthouden van de vervoerskostenvergoeding. Bovendien, al zou hij de afstand naar een zorgaanbieder kunnen afleggen, dan is er nog een praktisch probleem. Verzoeker krijgt zo'n groot en onhandig loophulpmiddel niet in of uit de auto. Daarnaast is er het zitprobleem. Het kan toch niet zo zijn dat hij een uur of langer staand op zijn beurt moet wachten.

3.6. Door de starre houding van de ziektekostenverzekeraar, en met het oog op de kosten die verzoeker zelf moet gaan maken, lijkt het erop dat hem in de toekomst noodzakelijke medische zorg wordt onthouden. De enige zorg die nog lijkt te zijn gegarandeerd, is de fysiotherapeut. Deze zal aan huis moeten komen, en dit leidt tot hogere kosten. Met name de pijnpoli kan verzoeker enkel per ambulance bezoeken.

3.7. Verzoeker heeft verder opgemerkt dat sprake is van rechtsongelijkheid tussen mensen die dezelfde zorg behoeven, maar door een handicap of ongemak net iets van elkaar verschillen. Bovendien is het onrechtvaardig en niet billijk dat als een verzekerde in het bezit is van een loophulpmiddel, hij daardoor gedupeerd wordt, in die zin dat hij zelf moet opdraaien voor de vervoerskosten.

3.8. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat de vervoerslijn van de ziektekostenverzekeraar in het kader van een aanvraag heeft gevraagd hoe ver hij kan lopen. Dit bevreemde hem destijds. Het medisch

dossier zou immers bekend moeten zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft een aantal meters gehoord en de details van het looppatroon vindt hij niet relevant. Deze details zijn als volgt. Feitelijk kan er alleen worden gelopen met een hulpmiddel, namelijk een looprek. Het is de vraag in hoeverre dit 'lopen' kan worden genoemd. Verzoeker kan een aantal stappen doen met het looprek als het echt nodig is. Dit kost hem veel moeite. De ziektekostenverzekeraar ziet het verschil niet tussen een rollator en een looprek. Met een rollator moeten de benen volledig kunnen worden belast. Bij een looprek wordt geleund op de armen en kunnen de benen blijven hangen. Verder is het moment waarop de vraag over het aantal meters is gesteld van belang. Destijds ging het redelijk, maar inmiddels is dat anders. Het kan ook per dag verschillen. Soms gaat het wel, maar meestal is het antwoord nul meter. De beenorthese kan het grootste deel van de tijd niet worden gedragen. De orthese zorgt voor drukplekken, eelt, likdoorns en ingegroeide nagels. Ook als het warm is kan de orthese niet worden gebruikt. Al met al kan er een groot deel van de tijd niet worden gelopen. In ieder geval een maand of vier per jaar niet. Verzoeker probeert actief te zijn, omdat dat de gezondheid bevordert. Daarom wordt het looprek ook geprobeerd. Het actief proberen te blijven, lijkt nu een probleem te veroorzaken. Als wordt gestopt met bewegen, wordt het vervoer blijkbaar wel vergoed. De gevolgen van de weigering van vergoeding zijn enorm. Het zou betekenen dat de pijnpoli niet meer kan worden bezocht, of misschien alleen met een ambulance. Dat kan de bedoeling niet zijn. Op de pijnpoli wordt medicatie toegediend en hiermee mag niet worden gereden. Ook de fysiotherapeut kan straks niet meer worden bereikt. Deze zal dan aan huis moeten komen. In huis wordt gebruik gemaakt van een trippelstoel. Dit is geen loophulpmiddel, maar een zithulpmiddel. Dit verschil lijkt de ziektekostenverzekeraar niet te begrijpen.
Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij auto kan rijden. De auto staat onder de carport. Om hier te komen moet hij twee stappen zetten vanuit de deur. Dit doet hij met ondersteuning van zijn stok. Bij terugkomst staat het looprek of de stoel bij de deur klaar. Het is ook mogelijk om de rolstoel naast de auto te zetten. Vervolgens kan hij zich op de stoel hijsen. Verzoeker kan niet rijden zonder orthese.
De mededeling over het 20 meter kunnen lopen is van jaren geleden. Deze afstand is toen ook niet gemeten, maar was gebaseerd op de afstand tussen zijn oude huis en zijn schuur. Destijds stond zijn scootmobiel in de schuur en kon verzoeker daar nog wel komen. De schuur stond zo'n 20 meter van de woning af.

3.9. Bij brief van 12 september 2026 heeft verzoeker benoemd dat het feit dat de hardheidsclausule pas bij brief van 9 september 2026 wordt aangehaald zijn verbazing wekt. Eerder heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen deze mogelijkheid namelijk al geopperd. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft daar een alinea aan gewijd in zijn reactie aan de commissie en de ziektekostenverzekeraar heeft voldoende tijd gehad om zich voor te bereiden op de hoorzitting. Hoewel verzoeker op de hoogte is van de inhoud van de hardheidclausule en voor welke 'groep' deze bedoeld is, heeft verzoeker dit zelf niet aan de orde gesteld omdat hij geen idee heeft of dit een recht, dan wel een gunst betreft. Bovendien was dit niet de insteek van verzoeker om de commissie te benaderen in dit geschil.
Ten aanzien van de mogelijkheid van een verklaring van een medisch specialist over de loopafstand heeft verzoeker verklaard dat hij deze niet gaat opvragen. Verzoeker gaat geen beslag leggen op de kostbare tijd van een medisch specialist (orthopedisch chirurg) terwijl patiënten soms maandenlang op een consult moeten wachten. Het ontgaat de ziektekostenverzekeraar wellicht dat deze artsen het waanzinnig druk hebben en niet op een dergelijke inmenging zitten te wachten. Bovendien zou verzoeker zich schamen. Verzoeker heeft de betreffende arts voor het laatst bezocht in 2023 en een volgend consult staat gepland voor eind 2028. Verzoeker zal de arts dus zelf op de hoogte moeten brengen van de actuele situatie. Met andere woorden, hij zal alleen maar kunnen optekenen hetgeen verzoeker hem vertelt tijdens het consult. Dat is in dit geval niet anders dan tijdens de hoorzitting en heeft daarom geen meerwaarde. Verzoeker heeft opgemerkt dat de geloofwaardigheid van de ziektekostenverzekeraar in het geding is, als hij meer dan twintig jaar lang aan een verzekerde een reiskostenvergoeding uitkeert, nooit informeert of deze wellicht

nog voldoet aan de door hem gestelde eisen, en nu plotsklaps komt met de eis van een verklaring van een arts.
Verder heeft de ziektekostenverzekeraar een opsomming gegeven van zorgaanbieders die door verzoeker werden of worden bezocht. Het ADRZ is intussen vervangen door Ziekenhuis ZorgSaam met vestigingen in Terneuzen, Oostburg en Hulst. Dat is overigens al jaren het geval.
Bij ontbreken van een duidelijke definitie van wat wordt verstaan onder 'rolstoelafhankelijk', meent verzoeker te voldoen aan de voorwaarden die worden gesteld in de polis, maar vooral aan het citaat van de Nederlandse Zorgautoriteit, namelijk; "Moet zich uitsluitend per rolstoel kunnen verplaatsen". De loopafstand die door verzoeker zou kunnen worden afgelegd en de omstandigheden waaronder, zijn uitgebreid besproken ter zitting en daar is weinig aan toe te voegen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij de machtiging van verzoeker terecht heeft stopgezet. Ter onderbouwing hiervan heeft hij bij brief van 10 juni 2026 toegelicht dat in geschil is of verzoeker zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, zoals bedoeld in artikel 2.14, eerste lid, onderdeel c, van het Besluit zorgverzekering en artikel B17.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in het verleden een automatisch doorlopende machtiging voor vergoeding van vervoerskosten afgegeven, die naar aanleiding van een beleidswijziging van 5 augustus 2025 is beëindigd per 1 augustus 2026. De toedracht van de beleidswijziging is gelegen in een gewijzigd inzicht in het standpunt van het Zorginstituut ten aanzien van rolstoelafhankelijkheid. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij verwezen naar het definitief advies van het Zorginstituut, behorende bij het bindend advies SKGZ202500834. Hierin wordt het volgende benoemd: *"Hoewel verzekerde slechts met grote moeite en over een zeer beperkte afstand (ongeveer 10 tot 25 meter) met een rollator kan lopen, blijkt hieruit dat verzekerde niet rolstoelafhankelijk is."*

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft met zijn vroegere beleid een te ruime interpretatie van de wet gehanteerd, waardoor ook verzekerden die niet in staat waren meer dan 100 meter te lopen als rolstoelafhankelijk werden gezien. Na de beleidswijziging hanteert de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzekerden van wie de machtiging wordt stopgezet een ruime overgangstermijn.
In het geval van verzoeker blijkt uit de telefoonnotitie van 10 november 2025 dat hij zo'n 20 meter kan lopen (met een hulpmiddel), hetgeen niet heeft te gelden als de volledige rolstoelafhankelijkheid die als voorwaarde is gesteld voor vergoeding van vervoerskosten.

4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar werd de ten behoeve van verzoeker afgegeven machtiging jaarlijks automatisch verlengd. Er zijn derhalve geen aanvragen voor zittend ziekenvervoer om toe te sturen. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de beleidswijziging en de nieuwe informatie met betrekking tot de rolstoelafhankelijkheid van verzoeker de doorlopende machtiging stopgezet.
Op 11 november 2025 zijn per abuis enkele akkoordverklaringen voor eigen vervoer verzonden. Dit is op 16 december 2025 hersteld door de akkoordverklaring voor taxivervoer na te sturen. Zoals verzoeker zelf ook aangeeft, mag hij na zijn bezoek aan het ziekenhuis in Ubbergen niet met eigen vervoer terugreizen. De overige akkoordverklaringen zien op een kilometervergoeding voor reizen met eigen vervoer.

4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij zijn beoordeling heeft gebaseerd op de verklaring dat verzoeker 20 meter kan lopen met hulpmiddelen. Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker echter duidelijk gemaakt dat hij de orthese niet altijd kan gebruiken en dat dit er ook voor

zorgt dat hij dan niet kan autorijden. Blijkbaar is de loopafstand van 20 meter niet realistisch meer. Deze informatie kan mogelijk een verschil maken voor de beoordeling.

4.6. Bij brief van 9 september 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat een verklaring van een medisch specialist, waarin is vermeld welke loopafstand werkbaar is voor verzoeker, voor hem noodzakelijk is om vast te stellen of sprake is van rolstoelafhankelijkheid, op grond waarvan aanspraak kan worden gemaakt op ziekenvervoer. In aanvulling hierop ziet de ziektekostenverzekeraar reden om de hardheidsclausule aan te halen. Gezien de hoge frequentie van de vervoersdeclaraties (met name bezoeken aan de fysiotherapeut) komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat de hardheidsclausule in het geval van verzoeker van toepassing is. Onder de hardheidsclausule kan in ieder geval het vervoer naar en van de fysiotherapeut in Kapelle, Gardeslen Orthopaedie, en de Sint Maartenskliniek te Ubbergen worden vergoed. Omdat enkel het vervoer naar en van een behandeling onder de hardheidsclausule kan vallen, heeft de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van beide locaties van het ADRZ nog informatie nodig waaruit blijkt of het bezoeken ten behoeve van behandeling of controle betreft. Gezien het verloop van de procedure stelt de ziektekostenverzekeraar voor de aanwezige vervoersdeclaraties te beoordelen aan de hand van de hardheidsclausule, op basis waarvan reeds het overgrote deel van de declaraties (en afhankelijk van de te ontvangen informatie, mogelijk alle declaraties) kunnen worden vergoed. Dit in ieder geval tot door verzoeker eventueel alsnog een specialistenverklaring is ingediend, waarna de ziektekostenverzekeraar aan de hand daarvan zal beoordelen of de vergoeding via de hardheidsclausule dient door te lopen dan wel, als voorheen, aanspraak bestaat op grond van rolstoelafhankelijkheid.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het advies van 22 juli 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

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

Uit de telefoonnotitie van 10 november 2025 behorend bij de brief van 10 juni 2026 van verweerder is op te maken dat verzoeker beperkt kan lopen met behulp van een looprek. Binnenshuis maakt verzoeker tevens gebruik van een trippelstoel, en buitenshuis kan hij zich zelfstandig verplaatsen met een aangepaste auto.

Uit de voorliggende gegevens blijkt dan ook niet dat verzoeker zich uitsluitend per rolstoel kan verplaatsen. Er kan daarmee worden geconcludeerd dat verzoeker niet kwalificeert als een verzekerde onder één van de genoemde (limitatieve) categorieën uit artikel 2.14, eerste lid, van het Bzv.

Hardheidsclausule
Als een verzekerde niet onder één van de limitatieve categorieën valt, kan er onder voorwaarden recht bestaan op ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Dit is het geval als 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 (artikel 2.14, derde lid, van het Bzv).

Het is in de eerste plaats aan de verweerder om te beoordelen of verzoeker op basis van de geldende regelgeving in aanmerking kan komen voor vergoeding van vervoer op grond van de hardheidsclausule. Hiervan is nog niet gebleken.

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 heeft geen aanspraak op vergoeding van ziekenvervoer ten laste van de basisverzekering op grond van rolstoelafhankelijkheid."

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.18 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, alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.17 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, geformuleerd in artikel 2.14, derde lid, Bzv.

7.4. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker eerder op basis van de c-grond aanspraak maakte op vergoeding van zittend ziekenvervoer. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit thans niet meer aan de orde. Hij heeft hierbij verwezen naar het gewijzigde standpunt van het Zorginstituut en zijn, naar aanleiding hiervan, aangescherpte beleid.

7.5. In zijn advies aan de commissie van 22 juli 2026 heeft het Zorginstituut toegelicht dat rolstoelvervoer voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking kan komen voor verzekerden die rolstoelafhankelijk zijn, grond van artikel 2.14, eerste lid, onderdeel c, Bzv. Hierbij gaat het om iemand die volledig rolstoelafhankelijk is en zich niet met een ander loophulpmiddel kan verplaatsen. Uit de telefoonnotitie van 10 november 2025, behorend bij de brief van 10 juni 2026 van de ziektekostenverzekeraar, is op te maken dat verzoeker beperkt kan lopen met behulp van een looprek. zelfstandig verplaatsen met een aangepaste auto. Uit de voorliggende gegevens blijkt dan ook niet dat verzoeker zich uitsluitend per rolstoel kan verplaatsen. Er kan daarmee worden geconcludeerd dat hij niet kwalificeert als een verzekerde onder één van de genoemde (limitatieve) categorieën uit artikel 2.14, eerste lid, Bzv, aldus het Zorginstituut.

7.6. Ter zitting heeft verzoeker gesteld dat hij een aantal stappen met een looprek kan zetten als dat echt nodig is. Soms gaat het wel, maar meestal is het antwoord op de vraag hoeveel meter hij zich kan verplaatsen nul meter, aldus verzoeker. Volgens hem is dan ook sprake van rolstoelafhankelijkheid. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden om na te gaan welke informatie hij nodig heeft om zijn beslissing ten aanzien van de rolstoelafhankelijkheid te heroverwegen. Bij brief van 9 september 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker vervolgens gevraagd om een verklaring van een medisch specialist waarin is vermeld welke loopafstand werkbaar is voor verzoeker. Bij brief van 12 september 2026 heeft verzoeker verklaard dat hij hieraan, om hem moverende reden, niet zal meewerken. De commissie overweegt dat de verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde, op grond van artikel 7:941, tweede lid BW, verplicht zijn binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. Dit is in vergelijkbare zin bepaald in artikel A.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie stelt vast dat, nu verzoeker de op hem rustende inlichtingenplicht niet wenst na te komen, de ziektekostenverzekeraar niet anders kan concluderen dan dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van zittend ziekenvervoer op grond van rolstoelafhankelijkheid in de periode van 1 augustus 2026 tot en met 31 december 2026, ten laste van de zorgverzekering.

7.7. De commissie ziet tevens – op basis van de thans voorhanden zijnde informatie - in het door verzoeker gestelde, waaronder zijn stelling dat de beslissing van de ziektekostenverzekeraar er mogelijk voor zal zorgen dat hem in de toekomst zorg wordt onthouden, geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut ten aanzien van de aanspraak op rolstoelvervoer op grond van artikel 2.14, eerste lid, onderdeel c, Bzv af te wijken. Uit het door verzoeker gestelde ten aanzien van zijn situatie volgt immers niet, dat verzoeker zich wél uitsluitend per rolstoel kan verplaatsen. Hetzelfde geldt voor zijn stelling dat het onbillijk is dat het enkele bezit van een loophulpmiddel ervoor zorgt dat een verzekerde geen aanspraak heeft op rolstoelvervoer. De wetgever heeft er immers uitdrukkelijk voor gekozen dat zittend ziekenvervoer alleen mag worden vergoed ten laste van de zorgverzekering in genoemde, specifieke situaties. Om diezelfde reden treft ook de verwijzing naar de rechtsongelijkheid, die volgens verzoeker ontstaat doordat mensen, afhankelijk van hun beperking verschillend worden behandeld, geen doel. Daarbij kan van rechtsongelijkheid alleen worden gesproken als identieke gevallen verschillend worden behandeld, en dat is hier niet aan de orde.

7.8. De commissie merkt op dat, zoals beschreven onder 7.3, vergoeding van zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering daarnaast mogelijk kan zijn op grond van de hardheidsclausule. Ook het Zorginstituut heeft hierover een opmerking gemaakt in zijn voorlopig advies van 22 juli 2026. Verzoeker heeft verklaard dat vergoeding op basis van de hardheidsclausule voor hem niet de insteek was in het kader van het aan de commissie voorgelegde geschil. Niettegenstaande het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 9 september 2026 toegelicht dat hij, gezien de hoge frequentie van vervoersdeclaraties (met name bezoeken aan de fysiotherapeut), tot de conclusie komt dat de hardheidsclausule hier van toepassing is. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan onder de hardheidsclausule in ieder geval het vervoer naar en van de fysiotherapeut in Kapelle, Gardeslen Orthopaedie, en de Sint Maartenskliniek te Ubbergen worden vergoed. Ten aanzien van het vervoer naar en van de beide locaties van het ADRZ is echter nog informatie nodig waaruit blijkt of het bezoeken ten behoeve van een behandeling of controle betreft. De ziektekostenverzekeraar heeft voorgesteld om de aanwezige vervoersdeclaraties te beoordelen aan de hand van de hardheidsclausule, op basis waarvan reeds het overgrote deel van de declaraties (en afhankelijk van de te ontvangen informatie, mogelijk alle declaraties) kunnen worden vergoed. Dit zal de ziektekostenverzekeraar in ieder geval doen tot dat door verzoeker eventueel alsnog een specialistenverklaring is ingediend, waarna de ziektekostenverzekeraar aan de hand daarvan zal beoordelen of de vergoeding via de hardheidsclausule dient door te lopen dan wel, als voorheen, aanspraak bestaat op grond van rolstoelafhankelijkheid. De commissie ziet geen aanleiding om in deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar te treden.

7.9. Verzoeker heeft opgemerkt dat hij eerder wel steeds vergoeding heeft gekregen voor zittend ziekenvervoer. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bevestigd en uitgelegd dat hij zijn beleid ter zake intussen heeft gewijzigd. De commissie overweegt dat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond hiertoe te besluiten naar aanleiding van de verduidelijking door de pakketbeheerder, het Zorginstituut. Hieruit volgt immers dat voordien een te ruime interpretatie van het kader voor vergoeding van de onderhavige kosten werd toegepast.
Indien echter gedurende langere tijd een beleid is gevoerd dat feitelijk in afwijking was van de voorwaarden van de zorgverzekering en de daaraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving, kan daardoor bij betrokkenen het vertrouwen zijn gewekt dat dit bestendige beleid ook bij een volgende aanvraag toepassing vindt. Dit laatste is naar het oordeel van de commissie hier aan de orde. Het staat immers vast dat de ziektekostenverzekeraar voorheen een beleid voerde, waardoor verzoeker aanspraak had op zittend ziekenvervoer vanwege rolstoelafhankelijkheid, terwijl hij niet volledig rolstoelafhankelijk was. In het kader van de beleidswijziging lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar om verzoeker, bij afwijzing van de nieuwe aanvraag, tegemoet te komen en hem een overgangsregeling aan te bieden. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar ook gedaan. Hij heeft uiteindelijk ervoor gekozen om de akkoordverklaring te laten doorlopen tot 1 augustus 2026. De commissie oordeelt dat de aangeboden overgangsregeling in dit geval toereikend is.

Slotsom

7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 oktober 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

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.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Vervoer

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de FBTO Zorgverzekering Basis Plus? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in “natura”). Heeft u de FBTO Zorgverzekering Basis Vrij? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.17 Vervoer per ambulance of ziekenvervoer

17.1 Vervoer per ambulance

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

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

Voorwaarden voor het recht op ambulancevervoer

1. Ambulancevervoer moet worden goedgekeurd door de meldkamer.
2. Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.
3. U heeft alleen recht op ambulancevervoer, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

17.2 Ziekenvervoer

Reist u regelmatig van en naar zorgverleners of zorgverlenende instellingen? Dan heeft u mogelijk recht op de vergoeding van kosten van ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een vergoeding van € 0,40 per kilometer bij vervoer per eigen auto. U heeft recht op:

a. ziekenvervoer als u voldoet aan één of meer van de volgende criteria:
   - u ondergaat nierdialyse of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
   - u ondergaat oncologische behandelingen met radio-, chemo- of immuuntherapie of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
   - u bent blijvend visueel gehandicapt en kunt zich zonder begeleiding niet verplaatsen;
   - u kunt zich uitsluitend per rolstoel verplaatsen;
   - u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel 24.2;
   - u bent jonger dan 18 jaar en heeft vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap recht op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid;
   - u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking volgens artikel B.42.
b. wanneer u aan één of meer van de hierboven genoemde criteria voldoet, heeft u recht op ziekenvervoer:
   - van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
   - naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
   - vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
   - vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
   - van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.
c. vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op fbto.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Hardheidsclausule ziekenvervoer

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

Eigen bijdrage voor ziekenvervoer

Voor ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 126,- per persoon per kalenderjaar.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Voorwaarden voor het recht op ziekenvervoer

1. Voor ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. U vraagt toestemming via de FBTO Zorg App of via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Wij bepalen of u recht heeft op vervoer en op welke vorm. Als er sprake is van een verzekerde van 16 jaar en ouder dan bepaalt deze medewerker ook of er begeleiding noodzakelijk is. U vindt meer informatie over de aanvraagprocedure op fbto.nl/vervoer.
2. Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisverzekering recht op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
3. Is ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
4. In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
5. U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.
6. Indien u gebruik maakt van taxivervoer, dan moet deze vervoerder in het bezit zijn van:
   - de wettelijke voor het uitoefenen van het taxibedrijf vereiste vergunningen en
   - een AGB-code en
   - het taxikeurmerk TX-Keur of een gelijkwaardig keurmerk.

Overnachting in plaats van ziekenvervoer

Heeft u recht op ziekenvervoer en is het nodig dat u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling reist? Dan heeft u mogelijk recht op een vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van uw behandellocatie. U krijgt een vergoeding van maximaal € 91,- per nacht. U krijgt ook een vergoeding voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag van uw behandeling (op basis van de voorwaarden zoals hierboven genoemd).

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

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Hoe declareer ik mijn nota's?

Een gecontracteerde vervoerder stuurt de nota's van de gemaakte kosten naar ons. Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoerskosten heeft gemaakt. Wilt u een overnachting declareren? Dan dient u de originele en duidelijk gespecificeerde nota's, voorzien van een btw-nummer, van uw overnachtingskosten bij ons in te dienen. Wij kunnen u verzoeken om een betaalbewijs, ook wanneer u de nota contant heeft betaald.