Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401110

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

Salland Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij brief van 29 november 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 januari 2025 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 17 februari 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 februari 2025 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 2 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was in 2023 en 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).

2.2. Verzoekster heeft met betrekking tot de periode van oktober 2023 tot en met juni 2024 kosten van zittend ziekenvervoer bij de zorgverzekeraar gedeclareerd, waaronder bedragen van € 841,75 en van € 515,70.

2.3. Met diverse afrekenspecificaties van maart 2024 tot en met september 2024 heeft de zorgverzekeraar de declaraties van verzoekster afgewikkeld.

2.4. Verzoekster heeft hierover meerdere malen een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. Dit heeft uiteindelijk ertoe geleid dat de zorgverzekeraar aan haar een gedeeltelijke vergoeding heeft verleend.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat:
1) de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor het vervoer via het vervoersbedrijf;
2) het vervoersbedrijf - en daarmee de zorgverzekeraar – hierbij in gebreke is gebleven;
3) die situatie een onacceptabele hoeveelheid overlast, stress en onkosten heeft veroorzaakt;
4) de zorgverzekeraar daarom gehouden is de in 2023 en 2024 gemaakte vervoerskosten volledig te vergoeden;
5) de zorgverzekeraar verzoekster expliciet de opdracht heeft gegeven het vervoer te regelen door middel van een taxibedrijf;
6) de zorgverzekeraar om die reden tevens gehouden is voor de onder 5 genoemde opdracht een redelijke vergoeding aan verzoekster te betalen.

3.2. Verzoekster heeft in verschillende e-mailberichten aan de zorgverzekeraar haar onvrede geuit over hem en het gecontracteerde vervoersbedrijf ZCN. Volgens verzoekster hebben de zorgverzekeraar en het vervoersbedrijf onzorgvuldig jegens haar gehandeld. In mei 2024 heeft de zorgverzekeraar beloofd om maatwerkafspraken met het vervoersbedrijf te maken, maar dit is vervolgens niet gebeurd. Verzoekster was daarom genoodzaakt zelf naar een oplossing te zoeken. Zo is zij een aantal keren door een kennis vervoerd. De kosten hiervan zijn ten onrechte niet volledig door de zorgverzekeraar vergoed. Daarentegen zijn de vervoerskosten, gedeclareerd door de vervoersbedrijven ZCN en TaxiTaxi, wel volledig door hem vergoed.

3.3. Op basis van de twee ingediende declaratieformulieren dient een bedrag van totaal € 1.354,45, namelijk € 213,75 voor eigen vervoer en € 1.140,70 voor 'inhuurvervoer', te worden vergoed. De zorgverzekeraar heeft ten onrechte een bedrag van € 421,62 (€ 1.354,45 - € 932,83) niet vergoed.

3.4. Volgens verzoekster dient de hoogte van de vergoeding voor het vervoer per eigen auto aan de hand van de volgende formule te worden berekend: aantal ritten x aantal kilometers x € 0,38. In haar geval betekent dit het volgende: 25 x 22,5 kilometer x € 0,38 = € 213,75. Daarnaast zijn 34 ritten gemaakt met het 'inhuurvervoer'. Hiervoor geldt dat verzoekster een bedrag van € 25,-- per rit aan de vervoerder heeft betaald, totaal € 850,--. Dit bedrag dient eveneens volledig door de zorgverzekeraar te worden vergoed. Daarnaast bestaat voor deze ritten aanspraak op de reguliere vergoeding voor vervoer per eigen auto, te weten een bedrag van totaal € 290,70 (34 x 22,5 kilometer x € 0,38).

3.5. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat in oktober 2023 voor het eerst contact is opgenomen met de zorgverzekeraar over deze kwestie, namelijk op de eerste dag dat verzoekster zou worden vervoerd door ZCN. Vanaf dat moment ging het al mis. De chauffeurs kwamen structureel een à twee uur te laat. Hierover zijn diverse klachten ingediend bij de klantenservice van de zorgverzekeraar. In eerste instantie stelde de zorgverzekeraar zich op het standpunt dat hij niet verantwoordelijk was voor deze problemen en dat moest worden geklaagd bij ZCN. Volgens ZCN moesten de klachten bij het taxibedrijf worden ingediend. Uiteindelijk zijn de klachten bij de zorgverzekeraar neergelegd, omdat hij op grond van de verzekeringsovereenkomst verantwoordelijk is in relatie tot verzoekster. Deze verantwoordelijkheid is echter steeds verworpen. Het was al snel duidelijk dat niemand bereid was de problemen op te lossen. Er is toen opnieuw contact opgenomen met de klantenservice van de zorgverzekeraar, waarbij is meegedeeld dat de situatie onhoudbaar was en dat verzoekster daarom genoodzaakt was het vervoer zelf te regelen. Volgens de klantenservice moest hiervoor een machtiging worden aangevraagd zodat de kosten achteraf konden worden gedeclareerd. Deze machtiging is verleend. Bij het indienen van de declaraties in maart of april 2024 ontstonden opnieuw problemen. De zorgverzekeraar weigerde de kosten te vergoeden. De zorgverzekeraar en ZCN hebben niets gedaan om het vervoer te regelen. De zorgverzekeraar heeft beloftes gedaan die niet konden worden waargemaakt. Aangezien de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor het vervoer, dient hij de kosten volledig te vergoeden. Uiteindelijk heeft de zorgverzekeraar een deel van de kosten

vergoed. Volgens de zorgverzekeraar wordt een bedrag van € 0,38 per kilometer vergoed en komt alleen de enkele reis voor vergoeding in aanmerking. Een bedrag van € 0,38 per kilometer is evenwel niet genoeg. Verzoekster heeft haar verzoek daarom verhoogd naar de werkelijke kosten, te weten € 0,68 per kilometer. Daarnaast is zij van menig dat voor zowel de ritten uitgevoerd door haar echtgenoot als die door haar kennis, naast de kilometervergoeding een bedrag van € 25,-- per rit moet worden betaald.
In juni 2024 heeft de zorgverzekeraar verzoekster laten weten dat het vervoer niet meer zelf mocht worden geregeld, maar dat hiervoor door haar een taxibedrijf moest worden ingehuurd. Dit is gebeurd en over dit taxibedrijf zijn geen klachten. Verzoekster heeft hierbij opgemerkt dat de door de zorgverzekeraar vergoede kosten van dit vervoer vele malen hoger uitvallen dan bij eigen vervoer.
Verzoekster verkeert in een vervelende situatie. Zij is ziek en haar vervoer moet met verschillende partijen worden geregeld. Elke week moeten een of twee e-mails worden gestuurd. De zorgverzekeraar doet alsof alles keurig is verlopen, maar het tegendeel is waar. Volgens de zorgverzekeraar is bij hem maar één klacht bekend. Namens verzoekster zijn echter diverse klachten ingediend bij de zorgverzekeraar en ZCN. De zorgverzekeraar doet daarnaast ten onrechte alsof het vervoer vrijwillig zelf wordt geregeld.
Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat de enkele ritafstand ongeveer 11 kilometer bedraagt en dat de rit 30 tot 45 minuten duurt. De eerste 25 ritten zijn uitgevoerd door de echtgenoot van verzoekster. Daarna is een kennis bereid gevonden de ritten voor € 25,-- per rit uit te voeren. Deze kosten moeten worden vergoed door de zorgverzekeraar. Daarnaast moeten de afgelegde kilometers worden vergoed. Verzoekster wil niet het onderste uit de kan. Zij is op zoek naar een goede oplossing. De zorgverzekeraar heeft daar geen gevoel bij en heeft de situatie een half jaar lang uit de hand laten lopen. Volgens de zorgverzekeraar betaalt hij ZCN € 22,-- of € 23,-- per rit. De taxichauffeurs geven echter aan dat ze het voor die prijs niet kunnen doen. Dit blijkt ook wel uit het tarief van de taxicentrale dat in juni 2024 is vastgesteld.
Verder heeft verzoekster ter zitting bezwaar gemaakt tegen het begrip ‘coulancevergoeding’. De zorgverzekeraar (of ZCN) is verantwoordelijk voor het regelen van het vervoer. Het is ongepast om te denken dat het vervoer vrijwillig is geregeld en dat een bedrag hoger dan de tot nu toe verleende vergoeding een coulancevergoeding betreft. Het gaat om zittend ziekenvervoer conform de voorwaarden van de zorgverzekering en er is geen sprake van een vergoeding uit coulance.

4. Standpunt zorgverzekeraar

4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan het reeds uitbetaalde bedrag van totaal € 932,83. In zijn brief van 17 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat, op grond van hetgeen staat beschreven op pagina 60 van de voorwaarden van de zorgverzekering, in het geval van verzoekster aanspraak bestaat op een bedrag van € 4,18 per rit, namelijk 1 rit x 11 kilometer x € 0,38. Verzoekster heeft 25 ritten per eigen vervoer gedeclareerd en de zorgverzekeraar heeft hiervoor een bedrag van totaal € 104,50 vergoed. Daarnaast heeft verzoekster ritten ‘inhuurvervoer’ gedeclareerd, die zijn uitgevoerd door een kennis. Ten aanzien van deze ritten heeft de zorgverzekeraar bij e-mailberichten van 23 en 30 mei 2024 toegezegd dat een bedrag van € 22,44 respectievelijk € 22,50 per rit wordt vergoed. Verzoekster heeft 34 ritten ‘inhuurvervoer’ gedeclareerd. Op grond van deze toezegging bestaat aanspraak op een bedrag van totaal € 765,--, namelijk 34 ritten x € 22,50. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster aanspraak op een bedrag van totaal € 869,50 voor eigen vervoer en ‘inhuurvervoer’ tezamen. De zorgverzekeraar heeft echter € 932,83 vergoed. Dit betekent dat verzoekster een hogere vergoeding heeft ontvangen dan waarop op grond van de afspraken aanspraak bestond, namelijk een bedrag van € 63,33. Dit bedrag wordt niet teruggevorderd.
Verzoekster heeft verklaard dat zij voor de ritten ‘inhuurvervoer’ een bedrag van € 25,-- per rit heeft betaald. Volgens haar dienen deze kosten volledig door de zorgverzekeraar te worden vergoed. De zorgverzekeraar volgt verzoekster hierin niet. Deze claim is door haar niet onderbouwd. De zorgverzekeraar heeft geen informatie, zoals een overeenkomst met de kennis, facturen of betaalbewijzen, ontvangen waaruit blijkt dat verzoekster een bedrag van € 25,-- per rit aan kosten

heeft gemaakt. De zorgverzekeraar heeft in dit verband verder gesteld dat hij een bedrag van € 686,21 uit coulance heeft vergoed. Voor de 34 ritten 'inhuurvervoer' bestaat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering immers slechts aanspraak op een bedrag van totaal € 142,12, namelijk 34 ritten x 11 kilometer x € 0,38. De zorgverzekeraar heeft hiervoor evenwel totaal € 828,33, te weten € 24,36 per rit, vergoed. De zorgverzekeraar ziet geen aanleiding tot verdere compensatie, te meer nu de gestelde kosten niet zijn onderbouwd.

4.2. In zijn brief van 17 februari 2025 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat in de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat het aantal kilometers van een rit wordt berekend aan de hand van de snelste route (als er geen vertragingen zijn) volgens de meest recente versie van de routeplanner van de ANWB op internet (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner), door invoering van de postcode van herkomst en de postcode van bestemming. Het afgelegde aantal kilometers is door de zorgverzekeraar aldus berekend op 11 kilometer per rit. Het is voor de zorgverzekeraar onduidelijk waarom verzoekster tweemaal 11 kilometer per rit berekent. Het lijkt erop dat verzoekster uitgaat van twee enkele reizen per rit. In dit verband heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat alleen de kilometers die door verzoekster zelf worden gemaakt worden vergoed. De kilometers die een chauffeur maakt als hij zonder verzoekster van de instelling terug naar huis rijdt of van huis naar de instelling om verzoekster weer op te halen tellen hierbij niet mee.
De zorgverzekeraar heeft verder verklaard dat het spijtig is om te lezen dat verzoekster een enorme hoeveelheid overlast en stress heeft ervaren. Hiervoor heeft hij haar reeds excuses aangeboden. Daarnaast heeft hij verklaard dat verzoekster terecht aangeeft dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor het vervoer via het vervoersbedrijf en dat het vervoersbedrijf in gebreke is gebleven. Dat laatste geldt echter niet voor de zorgverzekeraar. Het is in eerste instantie aan het vervoersbedrijf om klachten over een bepaalde rit op te pakken. Na ontvangst van de klacht van verzoekster heeft de zorgverzekeraar hierover contact opgenomen met het vervoersbedrijf.
De zorgverzekeraar heeft geprobeerd maatwerkafspraken met het vervoersbedrijf te maken. Toen duidelijk werd dat het vervoersbedrijf niet de diensten leverde zoals was afgesproken en het niet lukte om een maatwerkafspraak te maken, heeft de zorgverzekeraar verzoekster aangeboden zelf een taxicentrale te kiezen. De kosten van dat vervoer zijn volledig door de zorgverzekeraar vergoed. Na september 2024 kon wel een maatwerkafspraak met het vervoersbedrijf worden gemaakt.
De zorgverzekeraar heeft verzoekster niet expliciet de opdracht gegeven om zelf het vervoer te regelen door middel van een taxibedrijf. Bij e-mailbericht van 6 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar verzoekster uitsluitend geïnformeerd over de alternatieve mogelijkheden voor vergoeding van ziekenvervoer. Bij e-mailbericht van 11 juni 2024 heeft verzoekster de zorgverzekeraar hierop laten weten dat zij zelf zou gaan onderzoeken of er een taxidienst kon worden gevonden die haar op tijd kon wegbrengen en ophalen.
De zorgverzekeraar heeft verzoekster eerder ook niet de opdracht gegeven het vervoer te regelen via een kennis. Hiermee is verzoekster al op 11 januari 2024 gestart, zonder enig overleg met de zorgverzekeraar hierover. Op het declaratieformulier dat de zorgverzekeraar heeft ontvangen op 18 maart 2024, heeft verzoekster voor het eerst gemeld dat een verzorger is ingehuurd voor € 24,-- per rit. Later wordt een tarief van € 25,-- per rit genoemd. Over deze afspraak heeft de zorgverzekeraar verder geen informatie ontvangen van verzoekster.

4.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar bevestigd dat hij, op grond van de afgesloten naturapolis, verantwoordelijk is voor het vervoer van verzoekster. Pas in april 2024 is de zorgverzekeraar bekend geworden met de situatie en is het dossier als klacht behandeld. Blijkbaar is hierover in oktober 2023 al contact geweest, maar dat was geen contact waarop actie van de zorgverzekeraar nodig was. Bij klachten over vervoer verwijst de zorgverzekeraar altijd eerst naar de vervoerder in kwestie. Als de klacht vervolgens niet wordt opgelost, ontvangt de zorginkoper van de zorgverzekeraar een signaal. De zorginkoper heeft in dit geval ook actief contact opgenomen met de vervoerder en bemiddeld. Uit het contact met de vervoerder bleek dat de klachten ook daar niet bekend waren. Toen duidelijk werd dat het vervoer niet goed liep, heeft de zorgverzekeraar actie ondernomen. Er is verzoekster aangeboden haar tegemoet te komen in de kosten. Uiteindelijk is vergoeding van een bedrag van € 22,44 of € 22,50 per rit, uitgevoerd door haar kennis, toegezegd.

De kilometervergoeding van € 4,18 maakt hiervan deel uit. Volgens de zorgverzekeraar komt de door hem verleende vergoeding dicht bij het door verzoekster genoemde bedrag van € 25,-- per rit. De zorgverzekeraar is van oordeel dat hij hiermee een goed aanbod heeft gedaan. Door verzoekster worden evenwel steeds nieuwe wensen ingediend. De zorgverzekeraar ziet geen aanleiding om daar op in te gaan.
Uit het dossier blijkt dat in januari 2024 is besproken dat het vervoer door verzoekster zelf zou worden geregeld. Daarvoor is een machtiging gegeven. Destijds is niet gesproken over het hiervoor inzetten van een kennis tegen een vast tarief per rit met daarnaast de kilometervergoeding voor eigen vervoer.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 5.13 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

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

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over zittend ziekenvervoer alsmede die uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) 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.

Onderdelen 1, 2 en 3 van het verzoek

6.2. Ten aanzien van de onderdelen 1 en 2 van het verzoek heeft de zorgverzekeraar in zijn brief van 17 februari 2025 bevestigd verantwoordelijk te zijn voor het vervoer via het door hem gecontracteerde vervoersbedrijf. Ook heeft hij bevestigd dat het tijdelijk niet mogelijk was om maatwerkafspraken ten behoeve van verzoekster te maken onderscheidenlijk dat de gemaakte maatwerkafspraken in juni 2024 niet door het vervoersbedrijf zijn nagekomen, en dat het vervoersbedrijf in die zin ook naar zijn oordeel in gebreke is gebleven. Hierover bestaat thans tussen partijen geen geschil meer. Omdat de commissie ten aanzien van het handelen en nalaten van het vervoersbedrijf niet bevoegd is, neemt zij hetgeen partijen hierover hebben gesteld verder voor kennisgeving aan.
Door verzoekster is gesteld dat de ontstane situatie stress en onkosten heeft veroorzaakt (onderdeel 3). Hoewel de commissie begrijpt dat de situatie voor verzoekster vervelend en lastig is geweest, merkt zij op dat de zorgverzekeraar onweersproken heeft gesteld dat hij de klacht van verzoekster heeft opgenomen met het vervoersbedrijf en heeft getracht voor haar een maatwerkoplossing te organiseren. Uit het e-mailbericht van 23 mei 2024 blijkt ook dat het vervoersbedrijf een oplossing zou bieden. Toen dit niet lukte, heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat tot 1 juni 2024 bedragen van € 22,44 respectievelijk € 22,50 per rit zouden worden vergoed voor vervoer per eigen vervoer, uitgevoerd door een derde persoon. Met ingang van juni 2024 zou dan door het vervoersbedrijf een maatwerkoplossing worden geboden. Toen in juni 2024 bleek dat het vervoersbedrijf zich hieraan niet hield, heeft de zorgverzekeraar toegezegd de kosten van een niet-gecontracteerd taxibedrijf volledig te vergoeden tot 1 september 2024. De hiermee gemoeide kosten zijn vergoed en vormen geen onderwerp van geschil.
Naar het oordeel van de commissie kan onder deze omstandigheden niet worden geconcludeerd dat de zorgverzekeraar in gebreke is gebleven. Gelet op het voorgaande worden de eerste drie onderdelen van het verzoek gepasseerd respectievelijk afgewezen.

6.3. De volgende vraag die ter beantwoording voorligt, is of de zorgverzekeraar voor het zittend ziekenvervoer de juiste vergoeding heeft toegekend (onderdeel 4). Ter zitting heeft verzoekster haar verzoek aan de commissie gewijzigd, in die zin dat zij van oordeel is dat de zorgverzekeraar gehouden is voor 59 ritten een vergoeding van 2 x 11 km x € 0,68 (was: € 0,38) + € 25,-- te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De commissie overweegt ten aanzien hiervan als volgt.
De zorgverzekering biedt dekking voor de kosten van zittend ziekenvervoer met de (eigen) auto, taxi (geen ambulance) of het openbaar vervoer, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer in bepaalde situaties. De zorgverzekeraar kan toestemming geven voor een andere vorm van vervoer en voor vervoer van een begeleider. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op pagina 57 van de voorwaarden van de zorgverzekering van 2023 en de pagina's 59 en 60 van de voorwaarden van de zorgverzekering van 2024. De situaties waarin aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer zijn expliciet genoemd op voornoemde pagina's. Het voorgaande is gebaseerd op de artikelen 2.13, 2.14 en 2.15 Bzv. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster in 2023 en 2024 aanspraak had op zittend ziekenvervoer.
Op pagina 57 van de voorwaarden van de zorgverzekering van 2023 en de pagina's 59 en 60 van de voorwaarden van de zorgverzekering van 2024 is bepaald dat de vergoeding voor zittend ziekenvervoer met de (eigen) auto € 0,38 per kilometer bedraagt. Hierbij is opgemerkt dat het aantal kilometers wordt berekend aan de hand van de snelste route (zonder vertraging) volgens de meest recente versie van de routeplanner van de ANWB op het internet door invoering van de postcode van herkomst en de postcode van bestemming.
Tussen partijen is niet in geschil dat de afstand tussen de woning van verzoekster en de zorgaanbieder, op basis van de hiervoor genoemde wijze van berekenen, 11 kilometer per rit bedraagt. Verzoekster heeft zich echter op het standpunt gesteld dat ook de kilometers die de vervoerder zonder haar heeft afgelegd voor vergoeding in aanmerking komen. Per rit dient daarom volgens haar te worden uitgegaan van 2 x 11 kilometer. De commissie overweegt dat de zorgverzekering alleen dekking biedt voor het vervoer van de verzekerde, die om een medische reden op dat vervoer is aangewezen. De kosten van de onbeladen heen- of terugreis, waarbij verzoekster niet in de auto aanwezig is, komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.
In de betreffende periode zijn in totaal 59 ritten per eigen vervoer gedeclareerd, bestaande uit 25 ritten uitgevoerd door de echtgenoot van verzoekster en 34 ritten uitgevoerd door een kennis. De commissie overweegt dat deze ritten moeten worden beschouwd als vervoer met de (eigen) auto zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van deze voorwaarden bestaat aanspraak op vergoeding van een bedrag van € 0,38 per kilometer. De commissie ziet in dit verband geen aanleiding uit te gaan van de door verzoekster genoemde 'werkelijke kosten' van € 0,68 per kilometer. Dit betekent dat zij volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak heeft op vergoeding van totaal € 246,62 (59 x 11 km x € 0,38) ten laste van de zorgverzekering.
De zorgverzekeraar heeft er om hem moverende redenen evenwel voor gekozen voor het vervoer door de kennis van verzoekster (34 ritten) een bedrag van in totaal € 828,33 te betalen. Hiermee heeft de zorgverzekeraar voor deze ritten een – aanmerkelijk - hogere vergoeding vastgesteld dan waarop op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat (34 x € 4,18 per rit = € 142,12). In die beslissing zal de commissie niet treden.

6.4. Volgens verzoekster heeft zij, op grond van een afspraak met de zorgverzekeraar, ter zake het vervoer door haar echtgenoot en de kennis aanspraak op vergoeding van € 25,-- *naast* de vergoeding op basis van de kilometers per rit. De commissie overweegt dat op grond van artikel 150 Rv geldt dat de partij die zich beroept op de rechtsgevolgen van de door haar gestelde feiten hiervan in beginsel de bewijslast draagt. Dit betekent dat het aan verzoekster is om aan te tonen dat een dergelijke afspraak met de zorgverzekeraar is gemaakt. Hierin is zij naar het oordeel van de commissie niet geslaagd. Van een dergelijke afspraak is niet gebleken. Voor vergoeding van een bedrag van € 25,-- *naast* de vergoeding op basis van de kilometers per rit uitgevoerd door haar

echtgenoot en de kennis van verzoekster, zoals ter zitting door verzoekster gevraagd, ziet de commissie geen grond.
Voorts heeft verzoekster zich op het standpunt gesteld dat de zorgverzekeraar haar expliciet de opdracht heeft gegeven het vervoer te regelen door middel van een taxibedrijf (onderdeel 5) en dat haar daarvoor een redelijke vergoeding (onderdeel 6) toekomt. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Van een expliciete opdracht voor het regelen van taxivervoer is niet gebleken. Hieromtrent blijkt alleen uit een notitie van een telefoongesprek op 3 juni 2024, waarvan de inhoud door verzoekster niet is bestreden, dat de zorgverzekeraar verzoekster heeft aangeboden dat als zij een niet-gecontracteerde taxicentrale regelt, de kosten hiervan tot 1 september 2024 worden vergoed. Dit heeft hij vervolgens bij e-mailbericht van 6 juni 2024 aan verzoekster bevestigd.

6.5. De commissie ziet in hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd geen aanleiding om te bepalen dat aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan het reeds door de zorgverzekeraar toegekende bedrag van totaal € 932,83. Gelet op het voorgaande worden de onderdelen 4, 5, en 6 van het verzoek afgewezen.

Slotsom

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2025,

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

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.

Ziekenvervoer

Ambulancevervoer

U heeft recht op ambulancevervoer. Ambulancevervoer is het ziekenvervoer per ambulance over een afstand van maximaal 200 kilometer. Het gaat om:

a. vervoer naar een zorgaanbieder voor een behandeling die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt
b. vervoer naar een instelling waarin u verblijft (gedeeltelijk) op kosten van de Wet langdurige zorg (Wlz-instelling)
c. vervoer naar GGZ-zorg die onder de Jeugdwet valt
d. vervoer vanuit een Wlz-instelling, naar:
   1. een zorgaanbieder voor onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen
   2. een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen
e. vervoer van een van de zorgaanbieders zoals genoemd bij a t/m d terug naar huis of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen.

LET OP: Vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer valt alleen onder het ambulancevervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven, voordat het vervoer plaatsvindt.

LET OP: Vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance, kan ook onder het ambulancevervoer vallen als het vervoer per ambulance niet mogelijk is en wij vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven voor vervoer met een door ons aan te wijzen ander vervoermiddel.

Waar moet ik op letten?

Een ambulancevervoerder met een erkende vergunning mag de zorg verlenen.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, u moet een voorschrift hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, physician assistent, verpleegkundig specialist of verloskundige. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld (spoedzorg).

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

U moet in twee gevallen schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het vervoer plaatsvindt. Het gaat om deze situaties:

- Vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer.
- Vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance.

Toestemming is niet verplicht als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld (spoed).

Bij de aanvraag voor het vervoer moet een rapport van de behandelend arts meegestuurd worden waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en de motivatie voor de aanvraag zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Ziekenvervoer

U heeft recht op ziekenvervoer. Ziekenvervoer is vervoer met de (eigen) auto, taxi (geen ambulance) of het openbaar vervoer, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer.

Het vervoer bestaat uit:

a. vervoer naar een zorgaanbieder voor een behandeling die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt
b. vervoer naar een instelling waarin u verblijft (gedeeltelijk) op kosten van de Wet langdurige zorg (Wlz-instelling)
c. vervoer vanuit een Wlz-instelling, naar:
   1. een zorgaanbieder voor onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen
   2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen
d. vervoer van een van de zorgaanbieders zoals genoemd bij a t/m c terug naar huis of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen

Hierbij moet sprake zijn van één van de volgende redenen:

- u moet nierdialyses ondergaan. Ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, valt hieronder.
- u moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie ondergaan. Ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, valt hieronder.
- u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen
- u ziet zo slecht dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen
- de verzekerde is jonger dan achttien jaar en is aangewezen op intensieve kindzorg
  u bent aangewezen op geriatrische revalidatiezorg
- 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.

De vergoeding van ziekenvervoer met de (eigen) auto is € 0,37 per kilometer. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route (als er geen vertragingen zijn) volgens de meest recente versie van de routeplanner van de ANWB op internet (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner) door invoering van de postcode van herkomst en de postcode van bestemming. Vergoeding voor openbaar vervoer geldt alleen voor de laagste klasse van het openbaarvervoermiddel.

Wat geldt er in uitzonderlijke situaties?

U heeft ook recht op ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en voor consulten, onderzoek en controles, die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet vergoeden van dat vervoer voor u bijzonder onredelijk is.

Aan de hand van verschillende gegevens bepalen wij of u alsnog recht heeft op vergoeding van het vervoer. Wij gebruiken hierbij de volgende formule: (het aantal weken dat de behandeling duurt) x (het aantal keren dat het vervoer per week nodig is voor de behandeling) x (de enkele reisafstand in kilometers voor het vervoer naar de zorgaanbieder) x 0,25. Als de uitkomst van deze berekening 250 of hoger is, heeft u recht op het ziekenvervoer.

> **Voorbeeld:** u moet 12 weken lang 3 keer per week voor een behandeling naar het ziekenhuis, dat 40 km van uw woonplaats ligt. De formule voor recht op vergoeding is dan 12 x 3 x 40 x 0,25 – 360. In dit geval heeft u dan recht op het ziekenvervoer.

Ziekenvervoer omvat ook het vervoer van een begeleider. De begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of het moet gaan om begeleiding van een verzekerde die jonger dan 16 jaar is. In bijzondere gevallen kunnen wij schriftelijke toestemming geven voor vervoer van twee begeleiders.

Vervoer met een ander vervoermiddel dan per auto of het openbaar vervoer kan ook onder het ziekenvervoer vallen. Dit is het geval als het vervoer per auto of het openbaar vervoer niet mogelijk is en wij schriftelijke toestemming hebben gegeven voor vervoer met een door ons aan te wijzen ander vervoermiddel.

Vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer valt ook onder het ziekenvervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven, voordat het vervoer plaatsvindt.

Kosten van overnachtingen

U heeft recht op vergoeding van kosten van logeren in plaats van (een vergoeding van kosten van) ziekenvervoer:

- als u recht heeft op ziekenvervoer; en
- dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- het logeren doelmatiger en minder belastend is voor u dan het dagelijks op en neer reizen van huis naar de behandellocatie.

U heeft dan recht op vervoer voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie (vanaf uw huis) en op vergoeding van kosten van twee of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De vergoeding voor de kosten van overnachtingen is maximaal € 82,00 per nacht. U regelt uw overnachting zelf. Het eventuele vervoer van uw logeeradres naar de behandellocatie en terug naar uw logeeradres wordt niet vergoed.

Waar moet ik op letten?

Voor ziekenvervoer met de (eigen) auto kunt u gebruik maken van een auto van uzelf of van iemand anders. Voor ziekenvervoer met de taxi mag u gebruik maken van een taxivervoerder. Voor ziekenvervoer met het openbaar vervoer mag u gebruik maken van een openbaar vervoersbedrijf.

Is er een verwijzing nodig?

Ja, van een huisarts of een medisch specialist.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het vervoer plaatsvindt. Daarbij bepalen wij of u recht heeft op ziekenvervoer met de (eigen) auto, met het openbaar vervoer of met de taxi. U moet ook voorafgaande, schriftelijke toestemming van ons hebben voor vergoeding van kosten van overnachtingen. Bij de aanvraag voor het vervoer of de overnachtingen moet u de reden van de aanvraag en het voorschrift meesturen. Het aanvraagformulier voor ziekenvervoer kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/service-contact/formulieren.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Ja, maximaal € 113,- per kalenderjaar. De wettelijke eigen bijdrage geldt niet:

- voor vervoer van een instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz bent opgenomen, naar een andere instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling die u niet in de instelling waar u bent opgenomen kunt ondergaan.
- voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de basisverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling.
- voor vervoer van een instelling waarin u ten laste van de Wlz bent opgenomen naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling op kosten van de Wlz, die u niet in de instelling waar u bent opgenomen kunt ondergaan, en het vervoer terug naar die instelling.
- voor de kosten van logeren.

De wettelijke eigen bijdrage geldt ook voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie als u gebruik maakt van een overnachting.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker.

- Een wijkverpleegkundige, een kinderverpleegkundige en een verpleegkundig specialist mogen uw indicatie voor de zorg bepalen en een zorgplan opstellen. De indicatie moet zijn vastgesteld conform de Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, die zijn opgesteld door de vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Deze zorgaanbieders mogen de geïndiceerde zorg verlenen:

- Een verpleegkundig specialist
- Een wijkverpleegkundige
- Een verpleegkundige met diploma MBO-Verpleegkunde
- Een verzorgende IG of verzorgende niveau 3 met diploma op MBO-niveau 3

Als u zorg ontvangt van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder, mag de geïndiceerde zorg ook verleend worden door:

- Een verzorgende C of D met een diploma op MBO-niveau 3.
- Een helpende met diploma Helpende Zorg en Welzijn op MBO-niveau 2.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?
U moet schriftelijke toestemming van ons hebben voordat u de zorg krijgt in de volgende gevallen:

- Voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor deze aanvraag moet u het aanvraagformulier voor niet-gecontracteerde wijkverpleging gebruiken. Het aanvraagformulier is te vinden op www.salland.nl. Als het zorgplan wijzigt, moet u opnieuw toestemming van ons hebben, voordat u de nieuwe zorg krijgt.
- Voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf in het buitenland. Bij de aanvraag moet u een kopie van het zorgplan en een offerte voor de zorg (waarin staat over welke zorg het gaat, de kosten en de periode voor de zorglevering in het buitenland) meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?
Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?
Nee

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?
Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website.

Persoonsgebonden budget
In plaats van het recht op de zorg, kunt u in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget. In dat geval krijgt u een bedrag om de verpleging en verzorging zelf in te kopen. Voor het recht op het persoonsgebonden budget gelden speciale voorwaarden. Deze zijn opgenomen in het Reglement Zvw-pgb. Het Reglement Zvw-pgb kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/voorwaarden. Als de kosten die u maakt voor de verpleging en verzorging hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het persoonsgebonden budget dan betaalt u zelf het verschil tussen de kosten en het persoonsgebonden budget.

Ziekenvervoer

Ambulancevervoer

U heeft recht op ambulancevervoer. Ambulancevervoer is het ziekenvervoer per ambulance over een afstand van maximaal 200 kilometer. Het gaat om:

a. vervoer naar een zorgaanbieder voor een behandeling die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt
b. vervoer naar een instelling waarin u verblijft (gedeeltelijk) op kosten van de Wet langdurige zorg (Wlz-instelling)

c. vervoer naar GGZ-zorg die onder de Jeugdwet valt
d. vervoer vanuit een Wlz-instelling, naar:
    1. een zorgaanbieder voor onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen
    2. een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen
e. vervoer vanaf één van de zorgaanbieders zoals genoemd bij a t/m d terug naar huis of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen.

LET OP: Vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer valt alleen onder het ambulancevervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven, voordat het vervoer plaatsvindt.

LET OP: Vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance, kan ook onder het ambulancevervoer vallen als het vervoer per ambulance niet mogelijk is en wij vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven voor vervoer met een door ons aan te wijzen ander vervoermiddel.

Waar moet ik op letten?
Een ambulancevervoerder met een erkende vergunning mag de zorg verlenen.

Is er een verwijzing nodig?
Ja, u moet een voorschrift hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundige. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld (spoedzorg).

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?
U moet in 2 gevallen schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het vervoer plaatsvindt. Het gaat om deze situaties:

- Vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer.
- Vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance.

Toestemming is niet verplicht als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld (spoed).

Bij de aanvraag voor het vervoer moet een rapport van de behandelend arts meegestuurd worden waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en de motivatie voor de aanvraag zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?
Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?
Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Ziekenvervoer

U heeft recht op ziekenvervoer. Ziekenvervoer is vervoer met de (eigen) auto, taxi (geen ambulance) of het openbaar vervoer, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer.

Het vervoer bestaat uit:
a. vervoer naar een zorgaanbieder voor een behandeling die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt
b. vervoer naar een instelling waarin u verblijft (gedeeltelijk) op kosten van de Wet langdurige zorg (Wlz-instelling)
c. vervoer vanuit een Wlz-instelling, naar:
    1. een zorgaanbieder voor onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen
    2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen

d. vervoer vanaf één van de zorgaanbieders zoals genoemd bij a t/m c terug naar huis of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen

Hierbij moet sprake zijn van één van de volgende redenen:

- U moet nierdialyses ondergaan. Ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, valt hieronder.
- U moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie ondergaan. Ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, valt hieronder.
- U kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen
- U ziet zo slecht dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen
- De verzekerde is jonger dan 18 jaar en is aangewezen op intensieve kindzorg
- U bent aangewezen op geriatrische revalidatiezorg
- 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.

De vergoeding van ziekenvervoer met de (eigen) auto is € 0,38 per kilometer. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route (als er geen vertragingen zijn) volgens de meest recente versie van de routeplanner van de ANWB op internet (www.anwb.nl/verkeer/routeplanner) door invoering van de postcode van herkomst en de postcode van bestemming. Vergoeding voor openbaar vervoer geldt alleen voor de laagste klasse van het openbaarvervoermiddel.

Wat geldt er in uitzonderlijke situaties?

U heeft ook recht op ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en voor consulten, onderzoek en controles, die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn, langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet vergoeden van dat vervoer voor u bijzonder onredelijk is.

Aan de hand van verschillende gegevens bepalen wij of u alsnog recht heeft op vergoeding van het vervoer. Wij gebruiken hierbij de volgende formule: (het aantal weken dat de behandeling duurt) x (het aantal keren dat het vervoer per week nodig is voor de behandeling) x (de enkele reisafstand in kilometers voor het vervoer naar de zorgaanbieder) x 0,25. Als de uitkomst van deze berekening 250 of hoger is, heeft u recht op het ziekenvervoer.

Voorbeeld: u moet 12 weken lang 3 keer per week voor een behandeling naar het ziekenhuis, dat 40 km van uw woonplaats ligt. De formule voor recht op vergoeding is dan 12 x 3 x 40 x 0,25 = 360. In dit geval heeft u dan recht op het ziekenvervoer.

Ziekenvervoer omvat ook het v[illegible] jzondere gevallen kunnen wij schriftelijke toestemming geven voor vervoer van 2 begeleiders.

Vervoer met een ander vervoermiddel dan per auto of het openbaar vervoer kan ook onder het ziekenvervoer vallen. Dit is het geval als het vervoer per auto of het openbaar vervoer niet mogelijk is en wij schriftelijke toestemming hebben gegeven voor vervoer met een door ons aan te wijzen ander vervoermiddel.

Vervoer over een afstand van meer dan 200 kilometer valt ook onder het ziekenvervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven, voordat het vervoer plaatsvindt.

Kosten van overnachtingen

U heeft recht op vergoeding van kosten van logeren in plaats van (een vergoeding van kosten van) ziekenvervoer:

- als u recht heeft op ziekenvervoer; en
- dit vervoer op tenminste 3 achtereenvolgende dagen nodig is; en
- het logeren doelmatiger en minder belastend is voor u dan het dagelijks op en neer reizen van huis naar de behandellocatie.

U heeft dan recht op vervoer voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie (vanaf uw huis) en op vergoeding van kosten van 2 of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De vergoeding voor de kosten van overnachtingen is maximaal € 89,- per nacht. U regelt uw overnachting zelf. Het eventuele vervoer van uw logeeradres naar de behandellocatie en terug naar uw logeeradres wordt niet vergoed.

Waar moet ik op letten?
Voor ziekenvervoer met de (eigen) auto kunt u gebruik maken van een auto van uzelf of van iemand anders. Voor ziekenvervoer met de taxi mag u gebruik maken van een taxivervoerder. Voor ziekenvervoer met het openbaar vervoer mag u gebruik maken van een openbaarvervoersbedrijf.

Is er een verwijzing nodig?
Ja, van een huisarts of een medisch specialist.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?
U moet schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het vervoer plaatsvindt. Daarbij bepalen wij of u recht heeft op ziekenvervoer met de (eigen) auto, met het openbaar vervoer of met de taxi. U moet ook voorafgaande, schriftelijke toestemming van ons hebben voor vergoeding van kosten van overnachtingen. Bij de aanvraag voor het vervoer of de overnachtingen moet u de reden van de aanvraag en het voorschrift meesturen. Het aanvraagformulier voor ziekenvervoer kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/formulieren.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?
Ja, maximaal € 118,- per kalenderjaar. De wettelijke eigen bijdrage geldt niet:

- voor vervoer van een instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz bent opgenomen, naar een andere instelling waarin u ten laste van de basisverzekering of de Wlz wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling die u niet in de instelling waar u bent opgenomen kunt ondergaan.
- voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de basisverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling.
- voor vervoer van een instelling waarin u ten laste van de Wlz bent opgenomen naar een persoon of instelling.
- voor een tandheelkundige behandeling op kosten van de Wlz, die u niet in de instelling waar u bent opgenomen kunt ondergaan, en het vervoer terug naar die instelling.
- voor de kosten van logeren. De wettelijke eigen bijdrage geldt ook voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie als u gebruik maakt van een overnachting.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?
Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?
Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker.

Ziekenhuiszorg

Medisch-specialistische zorg (algemeen)

U heeft recht op medisch-specialistische zorg (algemeen) en opname daarvoor. Medisch-specialistische zorg omvat zorg die medisch specialisten plegen te bieden. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Onder de medisch-specialistische zorg vallen ook:

- Hulpmiddelenzorg bij een opname of een medisch-specialistische behandeling als die deel uit (behoort te) maken van die opname of behandeling
- Geneesmiddelenzorg bij een opname of een medisch-specialistische behandeling als die deel uit (behoort te) maken van die opname of behandeling
- Voorwaardelijk toegelaten medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering onder de daarbij geregelde voorwaarden, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg. De actuele inhoud kunt u vinden via www.salland.nl/voorwaarden.