



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OHRA
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak : Zittend ziekenvervoer, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.13 en 2.14 Bzv, 2.37 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016
Zaaknummer : 202100359
Zittingsdatum : 22 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 6 mei 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,-- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 27 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 30 juli 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 23 augustus 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021030350) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 augustus 2021 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van deze mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar is de mogelijkheid geboden deel te nemen aan een hoorzitting. Beiden hebben verklaard dat zij van deze mogelijkheid geen gebruik wensen te maken.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Uitgebreid, OHRA TandenGaaf 500 en OHRA Gezond (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Eind 2018 heeft verzoeker vervoerskosten gedeclareerd in verband met zijn deelname aan de 'HandBikeBattle' in 2016. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker door middel van een declaratieoverzicht meegedeeld dat deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 26 juni 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Op 23 augustus 2021 heeft het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie verklaard:
"(...) De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld. Gelet op de inhoud van het geschil en de gegevens in het dossier kan medische beoordeling achterwege blijven.

In geschil is de vraag of verzoeker recht heeft op vergoeding van eigen vervoer naar de locatie van de revalidatie instelling om trainingsdagen bij te wonen ten behoeve van deelname aan de HandBikeBattle in 2016. Niet ter discussie staat dat de ondersteuning, die verzoeker heeft gekregen bij de 23 trainingsdagen en de HandBikeBattle, op vrijwillige basis is verleend door professionele zorgverleners, die zijn verbonden aan de instelling.

Verweerder verwijst in zijn afwijzing naar de website van de instelling, waarop informatie te vinden is over de HandBikeBattle en de daaraan verbonden sponsoring. In het toegezonden dossier is een verklaring aanwezig, waarop de 23 trainingsdata in 2016 vermeld staan, dat verzoeker op de locatie van de instelling aanwezig was voor de trainingen. Op deze verklaring staat ook: "De deelname was op vrijwillige basis en valt niet onder het DBC traject". Voor 2015 is er een vergelijkbare verklaring in het dossier aanwezig. Hieruit is af te leiden dat de trainingen geen onderdeel zijn van het revalidatietraject van verzoeker. De kosten van de trainingen zijn geen onderdeel van de DBC, die de instelling voor het revalidatietraject van verzoeker bij verweerder heeft gedeclareerd.

Artikel 2.13 lid 1, onder a, van het Bzv bepaalt dat het om vervoer moet gaan '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;'. Verzoeker heeft geen aanspraak op vergoeding van de kosten van zijn vervoer naar de instelling om deel te nemen aan de trainingen voor de HandBikeBattle, omdat de zorg die verzoeker bij de trainingen kreeg, geen zorg betreft bekostigd vanuit de basisverzekering. Ook de kosten voor vervoer terug naar huis komen niet voor vergoeding in aanmerking op grond van artikel 2.13 lid 1, onder e, van het Bzv, dat verwijst naar het eerder genoemde onderdeel a.

Verweerder heeft de kosten voor vervoer in verband met deelname aan de HandBikeBattle in 2015 wel vergoed ten laste van de basisverzekering. Verweerder verklaart dat de kosten abusievelijk ten onrechte zijn vergoed en dat geen terugvordering zal plaatsvinden. Het Zorginstituut is niet bevoegd te adviseren of verzoeker aan de vergoeding van kosten uit 2015 de verwachting mag ontnemen dat vergelijkbare kosten uit 2016 door verweerder vergoed moeten worden. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door hem gedeclareerde vervoerskosten met betrekking tot zijn deelname aan de 'HandBikeBattle' in 2016 te vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. Verzoeker heeft het geschil niet binnen een jaar nadat dit is ontstaan aan de commissie voorgelegd. In beginsel neemt de commissie een geschil dan niet in behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 januari 2021 per brief echter verklaard hiertegen geen bezwaar te hebben. Dit vormt voor de commissie reden om - in afwijking van hetgeen hierover in haar reglement staat - het geschil in behandeling te nemen.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 6.2. In artikel B.18.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld wanneer een verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 km, enkele reis, met het openbaar vervoer, taxi of eigen vervoer. Het artikel geeft een limitatieve opsomming van groepen verzekerden die aanspraak kunnen maken op vergoeding van dit vervoer:

- oncologiepatiënten die chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moeten ondergaan;
- verzekerden die nierdialyse moeten ondergaan;
- verzekerden die zich uitsluitend per rolstoel kunnen verplaatsen;
- verzekerden die een zodanig beperkt gezichtsvermogen hebben dat verplaatsing zonder begeleiding niet mogelijk is;
- verzekerden jonger dan 18 jaar, die gebruik maken van verzorging vanwege complexe somatische (lichamelijke) problematiek, of een lichamelijke handicap hebben;

Indien een verzekerde niet tot de genoemde categorieën behoort, kan hij soms toch in aanmerking komen voor vergoeding van vervoerskosten. Dit is het geval als een verzekerde voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd vervoer nodig heeft en het niet verstrekken of vergoeden van dit vervoer leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Dit wordt de 'hardheidsclausule' genoemd.

Als een verzekerde tot één van de aangewezen categorieën behoort of voldoet aan de hardheidsclausule, heeft hij recht op zittend ziekenvervoer:

- van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit de basisverzekering vergoed wordt;
- naar een instelling waar de verzekerde op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar de verzekerde 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 het huis van verzekerde, of naar een andere woning als de verzekerde in de eigen woning de zorg redelijkerwijs niet kan ontvangen.

- 6.3. Uit de verklaringen van verzoeker blijkt dat deelname aan de 'HandBikeBattle' en de daaraan voorafgaande trainingen deel uitmaken van zijn behandeltraject bij een revalidatie-instelling, maar dat de professionele begeleiding plaatsvindt op vrijwillige basis en dat het evenement volledig wordt gesponsord door het bedrijfsleven. Er zijn hieraan dus geen kosten verbonden die eventueel op grond van de zorgverzekering kunnen of moeten worden vergoed. Dit betekent dat het vervoer niet heeft plaatsgevonden van of naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg heeft verleend die geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.



Om die reden bestaat geen aanspraak op zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 23 augustus 2021.



- 6.4. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, met name dat de betreffende vervoerskosten sterk zijn gerelateerd aan verzekerde zorg, leidt niet tot een ander oordeel. Er moet zijn voldaan aan de voorwaarden als vermeld in overweging 6.2 en dat is in zijn situatie niet het geval.



Aanvullende ziektekostenverzekering



- 6.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor zittend ziekenvervoer, zodat het verzoek op grond hiervan niet kan worden toegewezen.



- 6.6. Dat de ziektekostenverzekeraar de vervoerskosten in verband met deelname aan het evenement in 2015 wél heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering leidt evenmin tot een ander oordeel. De commissie ziet hierin geen grond om te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar - in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden - ook in 2016 een vergoeding moet toekennen. Daarbij neemt de commissie tevens in overweging dat de ziektekostenverzekeraar hierover heeft verklaard dat de vervoerskosten in 2015 ten onrechte zijn vergoed, omdat verzoeker hierop ook toen geen aanspraak had.



- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 september 2021,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Artikel 2.4

3. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
4. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

waarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat de aanvraag bij ons binnenkomt.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt geleverd op de locatie waar de zorgverlener werkzaam is en/of op uw (woon)adres.

Als levering plaatsvindt door een zorgverlener met wie wij een "internetovereenkomst" hebben gesloten, mag deze alleen op uw woonadres leveren.

B.17.5. Vervallen.

B.18. Ziekenvervoer

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"); zie ook artikel A.2.5.

B.18.1. Ziekenvervoer per ambulance

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancezorg, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand.
De Wet ambulancezorg verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter";
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad.

Voorbeeld:

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

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

Voorwaarden

Algemeen

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland;
- Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het wettelijke woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging.
- Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig, behalve als:

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

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

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats:

- Van:
 - uw wettelijke woonadres;
 - uw tijdelijke verblijfsadres;

- o de plaats waar u wordt behandeld;
- o de plaats van uw ongeval of plotselinge ziekte;

Naar:

- o een zorgverlener of instelling. U moet op grond van uw zorgverzekering helemaal of voor een deel verzekerd zijn voor de zorg die u daar krijgt;
 - o een instelling waar u bent opgenomen. Uw opname moet helemaal of voor een deel vallen onder de dekking van de Wlz;
 - o een zorgverlener of instelling voor Jeugd-GGZ die zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar verleent. Deze zorg valt onder de Jeugd-wet en de kosten daarvan komen geheel of gedeeltelijk ten laste van de gemeente,
 - Van:
 - o een instelling waar u bent opgenomen en waarvan deze opname helemaal of voor een deel onder de dekking van de Wlz valt;
- Naar:
- o een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling ondergaat. De behandeling of het onderzoek moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de Wlz vallen;
 - o een zorgverlener voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de Wlz vallen.
 - Van:
 - o een zorgverlener. U moet op grond van uw zorgverzekering helemaal of voor een deel verzekerd zijn voor de zorg die u daar krijgt;
 - o een instelling waar u zult worden opgenomen. Uw opname moet helemaal of voor een deel vallen onder de dekking van de Wlz;
 - o een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek krijgt of een behandeling ondergaat. De behandeling of het onderzoek moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de Wlz vallen;
 - o een zorgverlener voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de Wlz vallen;
 - o een zorgverlener of instelling voor Jeugd-GGZ die zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar verleent. Deze zorg valt onder de Jeugd-wet en de kosten daarvan komen geheel of gedeeltelijk ten laste van de gemeente,

Naar:

- o uw woning of een andere woning, als u in

uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.

B.18.2. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- het zittend ziekenvervoer:
 - o per auto
 - o in de laagste klasse van het openbaar vervoer of
 - o taxiover een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als zittend ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad;
- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan wij ook hulp- of blindengeleidehonden.

Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto of huurauto heeft de minister een vergoeding van € 0,30 per kilometer vastgesteld.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers; wij maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat eigen bijdragen of heeft uitsluitingen:
 - o U hebt een eigen bijdrage van € 98,- per jaar voor zittend ziekenvervoer;
 - o U hebt geen recht op zittend ziekenvervoer als u zorg ontvangt die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
 - o De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.
 - o Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.

- Vanwege de doelmatigheid is het mogelijk dat u bij vervoer per taxi met meerdere verzekerden tegelijk wordt vervoerd.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland;
- Het vervoer van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
 - Een zorgverlener of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
 - Vervolgens terug naar woning op uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen
- Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van behandeling.

Het zittend ziekenvervoer is nodig omdat:

- u een nierdialyse moet ondergaan;
- u behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan;
- u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen en dus niet met aangepast ziekenvervoer. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- de verzekerde jonger is dan 18 jaar en aangewezen is op zorg vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijk handicap. Het betreft hier de “intensieve kindzorg” (zie artikel B.26. Wijkverpleging).

Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde “hardheidsclausule” van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op zittend ziekenvervoer volgens de “hardheidsclausule”. Bij de

aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

Om vast te stellen of u recht hebt op zittend ziekenvervoer op basis van de “hardheidsclausule” gebruiken wij de volgende formule op jaarbasis: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer dan hebt u ook recht op zittend ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers; wij maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

$5 \text{ (aantal maanden behandeling)} \times 2 \text{ (aantal behandelingen per week)} \times 52/12 \times 26 \text{ (afstand in kilometers)} \times 0,25 \text{ (wegingsfactor)} = 281,67$. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het zittend ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

Zorgverlener

Als het zittend ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) zijn en de juiste vergunning hebben.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat het zittend ziekenvervoer medisch noodzakelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Ook als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of voor vervoer met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot). Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen. Omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn, beoordelen wij of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden als bij "plaats" in artikel B.18.1. Maakt u gebruik van zittend ziekenvervoer omdat u nierdialyse, behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan, dan hebt u alleen recht op zittend ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemotherapie of radiotherapie tegen kanker ondergaat.

Als het gaat om vervoer voor uw kind in verband met verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijk handicap, bestaat alleen recht op zittend ziekenvervoer van en naar de plaats van verzorging (een verpleegkundig kinderdagverblijf).

B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"): zie ook artikel A.2.5.

Het Reglement GGZ is onderdeel van deze voorwaarden. In het Reglement wordt de Geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel.

Het Reglement GGZ kunt u vinden op onze internet-site of telefonisch bij ons opvragen.

B.19.1. Basis GGZ

Hieronder spreken we van Generalistische Basis GGZ of Basis GGZ. Voor een goed begrip van dit artikel zijn 2 definities van belang:

Hoofdbehandelaar Generalistische Basis GGZ

De hoofdbehandelaar dient BIG-geregistreerd te zijn en is een gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) of psychotherapeut en is eindverantwoordelijk voor de totale behandeling, inclusief de diagnosestelling.

Alleen wanneer een verzekerde op het moment dat hij 18 jaar is al in behandeling is volgens de Jeugdwet, nemen wij de bekostiging van deze zorg over tot de leeftijd van 20 jaar, inclusief de al bij de behandeling betrokken hoofdbehandelaren (anders dan bovengenoemd).

Als er bij het bereiken van de leeftijd van 20 jaar nog zorg nodig is, dan is er een nieuwe verwijzing nodig van de huisarts, gericht op zorg uit de reguliere GGZ met bijpassende hoofdbehandelaren.

Medebehandelaren Generalistische Basis GGZ

Een medebehandelaar werkt onder supervisie van een hoofdbehandelaar en is bevoegd om een gedeelte van de behandeling (onder supervisie van de hoofdbehandelaar) uit te voeren mits wij hierover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat Generalistische Basis GGZ, zoals klinisch psychologen die plegen te bieden, voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Deze zorg is ingedeeld in verschillende prestaties:

- Kort
- Middel
- Intensief
- Chronisch.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Van de Generalistische Basis GGZ zijn de belangrijkste uitgesloten vormen van zorg genoemd in het Reglement GGZ
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

De voorwaarden met betrekking tot zorgverlener, verwijzing en voorgestelde behandeling (voorschrift) staan vermeld in het Reglement GGZ.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend zorgverlener; of
- in een Generalistische Basis GGZ-instelling zonder dat sprake is van een opname.

B.19.2. Gespecialiseerde GGZ algemeen

Voor een goed begrip van dit artikel zijn 2 definities van belang:

Hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ