

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. A.I.M. van Mierlo, H.A.J. Kroon en drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202302805

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is het resterende bedrag van de door hem ingediende declaratie voor ambulancevervoer per helikopter in Oostenrijk te vergoeden. Ander vervoer was niet mogelijk vanaf de skipiste. Bovendien werd helikoptervervoer in voorgaande jaren wel vergoed door de zorgverzekeraar en zijn de verzekeringsvoorwaarden en regelgeving op dit punt niet gewijzigd. Over het van toepassing zijn van een gemaximeerde vergoeding werd verzoeker niet geïnformeerd. Andere verzekeraars vergoeden de kosten wel volledig. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker geen aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding voor het ambulancevervoer per helikopter. In eerste instantie heeft de zorgverzekeraar gesteld dat helikoptervervoer (bij skiongelukken) geen verzekerde prestatie is voor inwoners van Oostenrijk in het kader van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering. Vervolgens heeft hij aangevoerd dat het bedrag van € 1.020,60 de vergoeding betreft op basis van de Oostenrijkse sociale ziektekostenverzekering. De vergoeding van het bedrag van € 1.810,77 heeft hij aangemerkt als een eenmalige onverplichte coulantvergoeding.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoeker tijdens een verblijf in een andere EU-lidstaat, namelijk Oostenrijk, zorg heeft gehad. Artikel 19 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is op deze situatie van toepassing. In de situatie van verzoeker is de European Health Insurance Card getoond. Uit de nota blijkt dat de vervoerder een bedrag van € 1.020,60 in mindering heeft gebracht op de kosten van het helikoptervervoer, met de specificatie "advance payment EHC Alpin". De zorgverzekeraar heeft uiteenlopende stellingen betrokken ten aanzien van dit bedrag. Verzoeker heeft deze stellingen van de zorgverzekeraar niet bestreden. De commissie neemt als vaststaand aan dat de vergoeding op grond van het Oostenrijkse stelsel hetzij € 0,- hetzij € 1.020,60 bedraagt. Uit de factuur van het helikoptervervoer blijkt dat een bedrag van € 4.783,55 voor rekening van verzoeker is gebleven. Op grond van artikel 25, zesde lid, Verordening (EG) nr. 987/2009 kan een verzekerde ermee akkoord gaan dat de zorgverzekeraar de gemaakte kosten vergoedt binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving. Nu verzoeker verdere vergoeding vordert op basis van de zorgverzekering gaat de commissie uit van zijn akkoord en zal zij een beoordeling uitvoeren aan de hand van de voorwaarden van die verzekering. De commissie overweegt dat indien sprake is van acute zorg die wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende tarieven op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Als er geen Wmg-tarief is, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten tot maximaal de

in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor ambulancevervoer zijn de Wmg-tarieven voor 2023 vastgelegd in de tariefbeschikking Regionale Ambulancevoorzieningen TB/REG-23628-01 van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: Nza). De maximale vergoeding die kan worden verleend voor het ambulancevervoer bedraagt € 1.810,77 (€ 844,77 voor de inzet van spoedeisende ambulancezorg en € 4,83 per kilometer (met een maximum van 200 kilometer)). Dit bedrag heeft verzoeker reeds van de zorgverzekeraar ontvangen. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat aanspraak bestaat op vergoeding van het resterende deel van de gemaakte kosten ten laste van de zorgverzekering.

De commissie wijst het verzoek af.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 12 februari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 februari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 28 maart 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 april 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 19 april 2024 respectievelijk 30 april 2024 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Univé Zorg Select polis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op 27 februari 2023 een ongeval gehad in Oostenrijk en is met een helikopter naar het ziekenhuis vervoerd. De kosten van het helikoptervervoer bedroegen € 5.804,15. Hierop is door de vervoerder een bedrag van € 1.020,60 in mindering gebracht. Verzoeker heeft de nota van het helikoptervervoer op 21 april 2023 ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 3.3. Bij brief van 26 april 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een bedrag van € 1.810,77 wordt vergoed voor het ambulancevervoer per helikopter.
- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 juli 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Bij e-mailbericht van 18 juli 2023 heeft verzoeker hierop gereageerd. Op 19 september 2023 heeft de zorgverzekeraar een brief aan verzoeker gestuurd waarin hij zijn standpunt nogmaals uiteenzet. Op 2 oktober 2023 heeft verzoeker een brief aan de zorgverzekeraar gezonden waarin hij opnieuw verzoekt om vergoeding van het resterende bedrag.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het resterende bedrag van de door hem ingediende declaratie voor ambulancevervoer per helikopter in Oostenrijk te vergoeden.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij klachtenformulier van 2 oktober 2023 toegelicht dat hij een ongeval heeft gehad op de skipiste. Er kon geen ambulance op de skipiste komen en gezien zijn verwondingen was spoed vereist. Vervoer met een helikopter was daarom noodzakelijk.

De zorgverzekeraar gaat volgens verzoeker ten onrechte uit van de kosten van een normale ambulance, terwijl het ambulancevervoer per helikopter betreft.

- 4.3. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 18 juli 2023 aangevoerd dat de zorgverzekeraar handelt in strijd met het standpunt van het Zorginstituut (voorheen CVZ) van 19 oktober 2009 over vervangend ziekenvervoer in het buitenland. Op grond hiervan moet de kostprijs namelijk worden vergoed. Geheel ten onrechte vergoedt de zorgverzekeraar maximaal € 844,77 + € 4,83 per kilometer.
- 4.4. In zijn brief van 12 februari 2024 heeft verzoeker gesteld dat door de zorgverzekeraar van 2017 tot en met 2021 een bedrag van € 1.250,- werd vergoed voor ambulancevervoer per helikopter. Achteraf werd dan een aanvullende vergoeding uitgekeerd. Daarna is ambulancevervoer per helikopter volledig vergoed ten laste van de zorgverzekering. Sinds 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn beleid echter gewijzigd en is hij gestopt met deze vergoeding. Dit is gebeurd zonder enige toelichting of wijziging van de voorwaarden van de zorgverzekering en zonder dat sprake was van aanpassing van de onderliggende wet- en regelgeving. In de voorwaarden van de zorgverzekering wordt nergens genoemd dat de hogere kosten van helikoptervervoer niet worden vergoed. Wel blijkt hieruit dat ambulancevervoer wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Maximale vergoedingen zouden kenbaar moeten worden gemaakt via de verzekeringsvoorwaarden. De zorgverzekeraar heeft dit nagelaten. Hierdoor is het voor een verzekerde onduidelijk dat een maximale vergoeding geldt. Verzoeker heeft voorts aangevoerd dat andere verzekeraars de hogere kosten van ambulancevervoer per helikopter wél vergoeden. De zorgverzekeraar is de enige die hieraan geen uitvoering geeft. Hierdoor wordt verzoeker benadeeld. De dekking van de op de Zvw gebaseerde verzekering dient voor iedereen gelijk te zijn.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding voor het ambulancevervoer per helikopter. In zijn brief van 19 september 2023 heeft hij toegelicht dat vervoerskosten in verband met het ontvangen van onder andere geneeskundige zorg kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Artikel 2.13, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat 'vervoer' ziekenvervoer per motorvoertuigen, als bedoeld in artikel 1, eerste lid, Wet ambulancezorgvoorzieningen, van een verzekerde omvat over een afstand van maximaal 200 kilometer 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. Helikoptervervoer dat is gericht op het verlenen van zorg aan, en vervoer van zieken, valt onder ambulancevervoer. Een verzekerde dient op grond van artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen op helikoptervervoer. In een EU-lidstaat, EER-land of Zwitserland kan een verzekerde op vertoon van de European Health Insurance Card (EHIC) zorg krijgen onder dezelfde vergoedingsvoorwaarden als de mensen die in dat land zijn verzekerd. Indien het niet mogelijk is gebruik te maken van de EHIC, omdat deze niet kan worden getoond of niet door de zorgaanbieder wordt geaccepteerd, dient de verzekerde het bedrag zelf voor te schieten. De kosten kunnen dan achteraf bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten vervolgens op basis van tarifiering dan wel de voorwaarden van de zorgverzekering. In geval van tarifiering vergoedt de zorgverzekeraar de kosten volgens de vergoedingsvoorwaarden van het land waar de kosten zijn gemaakt. In het andere geval bepaalt artikel 2.2, tweede lid, onderdeel b, van de Regeling zorgverzekering dat de zorgverzekeraar niet meer hoeft te vergoeden dan het tarief dat in de Nederlandse omstandigheden als redelijk wordt beschouwd. De vergoeding van de zorgverzekeraar voor het ambulancevervoer per helikopter is gebaseerd op de maximumtarieven voor ambulancevoorzieningen van de NZa. De zorgverzekeraar heeft verder betwist dat hij in strijd handelt met het standpunt van het Zorginstituut (voorheen CvZ) van 19 oktober 2009 over vervangend ziekenvervoer in het buitenland. Volgens de zorgverzekeraar spreekt dit standpunt de voorwaarden van de

zorgverzekering niet tegen. Er blijkt niet uit dat de zorgverzekeraar de kostprijs moet vergoeden, zoals verzoeker heeft gesteld.

5.2. In zijn brief van 18 december 2023 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat hij niet heeft getarifeerd, omdat op vertoon van de EHIC een bedrag van € 1.020,60 in mindering is gebracht op de nota. Deze kosten worden door het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan via de borderellen bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht. Op de website van de Europese Commissie is per land terug te lezen welke voorwaarden per land gelden. Over het helikoptervervoer in Oostenrijk meldt de Europese Commissie het volgende: *"Reddingskosten en de kosten voor vervoer naar het dal kunnen niet worden vergoed bij ongevallen tijdens sport en toerisme. Daarom raden we aan de nodige voorzorgsmaatregelen te nemen. Anders kan een noodgeval snel een groot financieel probleem worden."* Op basis van deze informatie heeft de zorgverzekeraar geconcludeerd dat voor inwoners van Oostenrijk helikoptervervoer (bij skiongelukken) geen verzekerde zorg is in het kader van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering. Tarifieren is alleen aan de orde om na te gaan wat een inwoner van het desbetreffende land vergoed zou krijgen.

5.3. In zijn brief van 28 maart 2024 heeft de zorgverzekeraar herhaald dat ambulancevervoer - op grond van artikel 39 van de voorwaarden van de zorgverzekering - medisch noodzakelijk ambulancevervoer omvat zoals bedoeld in artikel 1, eerste lid van de Wet ambulancezorgvoorzieningen. Als aan alle voorwaarden wordt voldaan, komt een verzekerde in aanmerking voor vergoeding van de vervoerskosten. De hoogte van de vergoeding voor zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Een verzekerde die in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland woont of tijdelijk verblijft, heeft op grond van artikel 9.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering recht op onder andere zorg conform het wettelijke verzekeringspakket van het EU-/EER-land of verdragsland, mits dit voor de verzekerde van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag. Verzoeker heeft gesteld dat hij zich na een ongeval op de skipiste in Oostenrijk in een spoedeisende situatie bevond, waarbij de inzet van helikoptervervoer medisch noodzakelijk was. Uit de nota van het helikoptervervoer blijkt dat verzoeker gebruik heeft gemaakt van de EHIC, waardoor een bedrag van € 1.020,60 in mindering is gebracht. Hierdoor heeft verzoeker conform het wettelijke verzekeringspakket van Oostenrijk de maximale vergoeding ontvangen. De restende kosten komen voor rekening van verzoeker. Bij het verwerken van de declaratie is door de zorgverzekeraar niet opgemerkt dat gebruik was gemaakt van de EHIC, waardoor verzoeker ten onrechte een vergoeding van € 1.810,77 heeft ontvangen. Dit bedrag is door de zorgverzekeraar onverschuldigd betaald en mag bij verzoeker worden teruggevorderd. In het kader van de onderhavige procedure komt de zorgverzekeraar verzoeker eenmalig en onverplicht uit coulance tegemoet door het bedrag van € 1.810,77 niet terug te vorderen. Verzoeker stelt ten onrechte dat de zorgverzekeraar de volledige nota dient te vergoeden op grond van een standpunt van het Zorginstituut (voorheen CvZ) uit 2009. Door verzoeker is niet gespecificeerd waar in dit stuk staat dat de zorgverzekeraar de volledige kosten dient te vergoeden. Onder verwijzing naar hetgeen in dit standpunt is beschreven onder "Toepassing Verordening 1408/71" (inmiddels vervangen door Verordening (EG) nr. 883/2004) komt de zorgverzekeraar tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Conform dit standpunt komen de resterende kosten ten laste van de reisverzekering.

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 10 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 ziekenvervoer zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt eveneens voor de relevante bepalingen uit de Verordening (EG) nr. 883/2004 en de Verordening (EG) nr. 987/2009. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker heeft tijdens zijn verblijf in Oostenrijk zorg gehad, te weten vervoer per helikopter. Oostenrijk is een andere EU-lidstaat. Hier is Europese regelgeving van toepassing, waaronder de rechtstreeks werkende Verordeningen (EG) nr. 883/2004 (hierna: Vo. nr. 883/2004) en nr. 987/2009 (hierna: Vo. nr. 987/2009). In artikel 19 van Vo. nr. 883/2004 is geregeld dat een verzekerde tijdens het verblijf in een andere lidstaat recht heeft op noodzakelijke zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van die lidstaat. De verzekerde kan hiertoe de EHIC laten zien. De kosten van zorg worden dan door de buitenlandse zorgaanbieder gedeclareerd bij het plaatselijke uitvoeringsorgaan. Dit is de instantie die is belast met de uitvoering van de sociale ziektekostenverzekering van die lidstaat. In de situatie van verzoeker is de EHIC getoond. Uit de nota blijkt dat de vervoerder een bedrag van € 1.020,60 in mindering heeft gebracht op de kosten van het helikoptervervoer, met de specificatie "advance payment EHIC Alpin".
- 7.3. De zorgverzekeraar heeft uiteenlopende stellingen betrokken, in die zin dat hij in zijn brief van 18 december 2023 heeft gesteld dat helikoptervervoer (bij skiongelukken) geen verzekerde zorg is voor inwoners van Oostenrijk in het kader van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering. Hierbij heeft hij verwezen naar de website van de Europese Commissie. Anderzijds heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat het bedrag van € 1.020,60 de vergoeding betreft op basis van de Oostenrijkse sociale ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft het een noch het ander bestreden zodat de commissie als vaststaand aanneemt dat de vergoeding op grond van het Oostenrijkse stelsel hetzij € 0,- hetzij € 1.020,60 bedraagt. In het eerste geval moet het op de nota genoemde bedrag kennelijk worden begrepen als een door de vervoerder op voorhand verrekende vergoeding, mogelijk vanwege een andere verzekering of het lidmaatschap van de Alpine Club.
- 7.4. Uit de door verzoeker overgelegde factuur van 3 april 2023 blijkt dat, na aftrek van de € 1.020,60, een bedrag van € 4.783,55 voor rekening van verzoeker is gebleven. Op grond van artikel 25 Vo. nr. 987/2009 zijn er verschillende mogelijkheden. Zo kan verzoeker, op basis van het vierde lid van genoemd artikel, een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats (Oostenrijk) richten. Hiervoor heeft hij niet gekozen. Het vijfde lid van artikel 25 ziet op de mogelijkheid van tarifiering. In dit geval is een tarifieringsverzoek echter niet zinvol, omdat - zoals hiervoor is geconstateerd - de vergoeding op basis van de Oostenrijkse sociale ziektekostenverzekering hetzij € 0,- hetzij € 1.020,60 bedraagt. Tot slot kan de verzekerde, op grond van het zesde lid, ermee akkoord gaan dat het bevoegde orgaan - dat wil zeggen de zorgverzekeraar - de gemaakte kosten vergoedt binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving. Nu verzoeker verdere vergoeding vordert op basis van de zorgverzekering gaat de commissie uit van zijn akkoord en zal zij een beoordeling uitvoeren aan de hand van de voorwaarden van die verzekering.
- 7.5. Ingevolge artikel 39 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft een verzekerde aanspraak op ambulancevervoer. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.13 Bzv. Op grond van artikel 2.13, eerste lid, onder a, Bzv omvat vervoer ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer 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. Uit artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen blijkt dat onder 'ambulance' wordt verstaan: "een voor het verlenen van zorg aan en vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig,

vaartuig of helikopter". Tussen partijen is niet in geschil dat ambulancevervoer een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hierop redelijkerwijs was aangewezen. Wat partijen verdeeld houdt, is uitsluitend de hoogte van de vergoeding.

- 7.6. De commissie overweegt dat indien sprake is van acute zorg die wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zoals in dit geval, de verzekerde op grond van artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak heeft op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarief is, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor ambulancevervoer zijn de Wmg-tarieven voor 2023 vastgelegd in de tariefbeschikking Regionale Ambulancevoorzieningen TB/REG-23628-01 van de Nza. Op basis van deze tariefbeschikking kan een bedrag van € 844,77 voor de inzet van spoedeisende ambulancezorg en € 4,83 per kilometer (met een maximum van 200 kilometer) bij de zorgverzekeraar in rekening worden gebracht. Gesteld noch gebleken is dat de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor ander vervoer of voor vervoer over een grotere afstand. Dit betekent dat de maximale vergoeding die kan worden verleend voor het ambulancevervoer € 1.810,77 bedraagt. De stelling van verzoeker dat in zijn geval een ander tarief moet worden gehanteerd, vindt geen steun in voornoemde tariefbeschikking, en wordt om die reden gepasseerd.
- Verder bestaat volgens verzoeker op grond van het standpunt van het toenmalige CvZ recht op vergoeding van de kostprijs van het ambulancevervoer. De commissie overweegt in dit verband dat uitgangspunt op basis van de jurisprudentie is dat degene die meent een vordering op zijn verzekeraar te hebben op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en eventuele bewijslast heeft van zijn op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekering (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Tegen deze achtergrond lag het dus op de weg van verzoeker om te concretiseren waar in het aangehaalde stuk is opgenomen dat de kosten van helikoptervervoer in het buitenland volledig worden vergoed. Dit geldt te meer nu de zorgverzekeraar die stelling gemotiveerd heeft bestreden.
- Ook de stelling van verzoeker dat de zorgverzekeraar de kosten van het vervoer per helikopter in voorgaande jaren tot een hoger bedrag of volledig vergoedde treft geen doel wegens het ontbreken van enige onderbouwing. Om die zelfde reden faalt ook de stelling van verzoeker - wat daar overigens ook van zij - dat andere verzekeraars wél een vergoeding verlenen voor de onderhavige kosten.
- Het voorgaande betekent dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat aanspraak bestaat op vergoeding van het resterende deel van de gemaakte kosten ten laste van de zorgverzekering.
- 7.7. De commissie stelt vast dat verzoeker een bedrag van € 1.810,77 van de zorgverzekeraar heeft ontvangen. Bij brief van 28 maart 2024 heeft de zorgverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat deze vergoeding ten laste van de zorgverzekering onterecht is geweest, omdat verzoeker reeds een vergoeding op vertoon van de EHIC zou hebben gekregen en beide vergoedingen niet naast elkaar kunnen bestaan. De commissie oordeelt dat dit punt geen verdere bespreking behoeft, aangezien de zorgverzekeraar het karakter van de uitkering sindsdien heeft gewijzigd, en hij de betaling van € 1.810,77 inmiddels aanmerkt als een eenmalige en onverplichte vergoeding uit coudance, die door hem niet wordt teruggevorderd.
- 7.8. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat geen aanleiding bestaat tot toekenning van een hogere vergoeding ter zake van de in Oostenrijk gemaakte kosten van helikoptervervoer. Dit betekent dat het resterende bedrag van de nota voor rekening van verzoeker blijft. Of, zoals de zorgverzekeraar suggereert, verdere vergoeding mogelijk is ten laste van een reisverzekering, vormt geen onderwerp van deze procedure en moet daarom in het midden blijven.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 mei 2024,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.

Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

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.

Wet ambulancezorgvoorzieningen

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- *Onze Minister*: Onze Minister voor Medische Zorg;
- *ambulance*: een voor het verlenen van zorg aan en vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter;
- *ambulancevoorzieningen*: alle voorzieningen die nodig zijn voor het uitoefenen van ambulancezorg, bedoeld in artikel 5;
- *meldkamer*: een meldkamer als bedoeld in artikel 25a, eerste lid, van de Politiewet 2012;
- *meldkamerfunctie*: de meldkamerfunctie, bedoeld in artikel 25b, eerste lid, van de Politiewet 2012, ten behoeve van de ambulancezorg;
- *regio*: regio als bedoeld in artikel 8 van de Wet veiligheidsregio's;
- *ROAZ*: regionaal overleg acute zorgketen.

2. Deze wet is niet van toepassing op ambulancezorg met gebruikmaking van militaire ambulances.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 60% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 60% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 60% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hardheidsclausule

In de Zorgverzekeringswet staat dat iedereen recht heeft op een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Kiest u voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan krijgt u een vergoeding van maximaal 60% van het gemiddeld voor die zorg gecontracteerd tarief. De hoogte van deze vergoeding mogen wij als zorgverzekeraar zelf bepalen. Maar hierbij mag de bijdrage die u zelf moet betalen niet verhinderen dat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat (hinderpaalcriterium). Vindt u dat de hoogte van deze bijdrage u verhindert om zorg te krijgen? Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule. U kunt hiervoor terecht bij onze afdeling Klachtenmanagement. Geef aan waarom u in uw situatie een beroep doet op de hardheidsclausule. Of uw beroep wordt toegekend is afhankelijk van onder andere de hoogte van de kosten en de soort zorg.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14), GGZ (artikel 25, 26 en 38), Farmaceutische zorg (artikel 35 Geneesmiddelen) en Hulpmiddelenzorg (artikel 37) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt de originele nota naar ons opsturen. Kijk voor meer informatie op pagina 2. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Toestemming

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

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

ZIEKENVERVOER

Artikel 39. Ambulancevervoer en ziekenvervoer

Ambulancevervoer en ziekenvervoer omvat:

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

U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

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

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

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

- e. Als u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen bent op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid (intensieve kindzorg);
- f. Als u bent aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 17.2;

- g. Als u bent aangewezen op dagbehandeling in een groep als onderdeel van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel 12 onder punt 2a, 2b of 2c;
- h. Als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Hieronder valt ook het ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

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

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

Logeerkosten

Bent u tenminste drie achtereenvolgende dagen aangewezen op vervoer als bedoeld onder 2a tot en met 2g? Dan kunnen wij u op uw verzoek een vergoeding voor logeerkosten geven van maximaal € 82 per dag. U heeft dan recht op vervoer of een kilometervergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en op vergoeding van twee of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De logeervergoeding komt dus gedeeltelijk in plaats van de vervoersvergoeding.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 113 per kalenderjaar voor ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer en logeerkosten.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

1. Voor ambulancevervoer: bij een vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Voor ziekenvervoer:
 - Bij een taxivervoerder
 - Bij een openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse
 - Eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,37 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Let op

Wij hebben voor taxivervoer met één aanbieder een contract gesloten. Op onze website vindt u met welke aanbieder wij een contract hebben gesloten. Gaat u naar een taxivervoerder met wie wij specifiek voor Univé Zorg Select polis geen contract hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u een deel van de kosten zelf moet betalen.

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

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2e (intensieve kindzorg) heeft u een voorschrift nodig van de kinderarts of hbo-kinderverpleegkundige. Voor ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2g (genees-

kundige zorg specifieke patiëntgroepen) heeft u een voorschrift nodig van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog generalist. U heeft geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

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

U kunt telefonisch toestemming vragen bij de vervoersdesk voor:

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

Kijk voor het telefoonnummer van de vervoersdesk op onze website.

Extra informatie

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

ZORGBEMIDDELING

Artikel 40. Zorgadvies en bemiddeling

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

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

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.