

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401626

## Partijen

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

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
  - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 2 september 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 november 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 31 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 27 februari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025002812) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 februari 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 maart 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 25 maart 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 27 februari 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 3 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 en 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Top Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

- 2.2. Verzoekster heeft in 2023 en 2024 regelmatig de oogarts en fysiotherapeut bezocht, en heeft in verband hiermee bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op zittend ziekenvervoer.
- 2.3. Bij brieven van 5 december 2023 en 5 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij geen akkoordverklaring krijgt voor zittend ziekenvervoer.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 27 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 3 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het zittend ziekenvervoer ook na 10 januari 2023 alsnog (volledig) aan haar te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in het klachtenformulier van 2 september 2024 aangevoerd dat zij in het verleden van de ziektekostenverzekeraar akkoordverklaringen heeft gekregen voor het zittend ziekenvervoer in verband met bezoeken aan de fysiotherapeut en oogarts. Vanaf 10 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar echter alleen nog een akkoord gegeven voor de bezoeken aan de oogarts in verband met de ooginjecties. Het zittend ziekenvervoer in verband met bezoeken aan de fysiotherapeut werd vanaf die datum niet meer vergoed. Dat was voorheen wel het geval. De ziektekostenverzekeraar heeft verder meegedeeld ook het vervoer in verband met de ooginjecties na 2024 niet langer te vergoeden.
- 3.3. Verzoekster is van mening dat zij aanspraak heeft op vergoeding van het zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Voor zover hieraan niet is voldaan, is sprake van andere bijzondere omstandigheden die maken dat het vervoer moet worden vergoed. Verzoekster is afhankelijk van derden om haar te vervoeren naar behandelingen en weer terug. Deze behandelingen zijn noodzakelijk, en het vervoer is door de ziektekostenverzekeraar in het verleden steeds vergoed. De situatie van verzoekster is sindsdien niet veranderd, en zij heeft doorlopend vervoer nodig, waarvoor zij hoge kosten maakt. Verder heeft verzoekster een beperkt gezichtsvermogen, wat ook maakt dat zij is aangewezen op vervoer met een taxi. Verzoekster kan zich niet zelfstandig verplaatsen, met of zonder hulpmiddel. Het was voor verzoekster niet duidelijk dat zij vanaf 10 januari 2023 geen vergoeding meer zou krijgen voor al het vervoer. Het taxivervoer is destijds voortgezet en verzoekster heeft hiervoor achteraf een forse rekening ontvangen van de vervoerder.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij jarenlang het taxivervoer vergoed heeft gekregen van en naar de fysiotherapeut en van en naar de oogarts. In 2023 werd dit stopgezet, terwijl de omstandigheden gelijk waren. Door de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut wordt verwezen naar de formule van de hardheidsclausule, waarbij de uitkomst hoger moet zijn dan 250. Volgens de ziektekostenverzekeraar is er in de situatie van verzoekster geen sprake van bijzondere omstandigheden die maken dat zij de kosten van het vervoer niet zelf zou moeten betalen. Dit lijkt toch een opening om de formule op een andere manier toe te kennen. Dit is ook het standpunt van verzoekster. In het Besluit zorgverzekering (Bzv) wordt de formule niet genoemd. Daarin staat dat er bij een onbillijkheid van overwegende aard vergoeding moet volgen. Zij vraagt zich af waarom dan alleen wordt gekeken naar de toepassing van de formule. Zonder

toepassing van deze formule is naar haar mening sprake van een onbillijke situatie. Verzoekster moet iedere week twee keer naar de fysiotherapeut en iedere maand naar het ziekenhuis, naar de oogarts. Daarbij is zij volledig afhankelijk van derden. Zij kan niet zelf lopend of per fiets, dit mag ook niet met haar aandoening. Zij kan niet met het openbaar vervoer. Zij is ook dementerend, dus zij moet worden begeleid. Dat maakt dat het in haar geval onredelijk is dat het vervoer niet wordt vergoed. Als toch wordt gekeken naar de formule heeft het ermee te maken dat zij relatief dicht bij alle afspraken woont waar zij heen moet. Dat maakt dat de formule negatief uitvalt, maar gezien de hoeveelheid afspraken en de omstandigheden van verzoekster is het onredelijk dat zij alles zelf maar moet regelen. Er moet beter worden gekeken naar haar persoonlijke omstandigheden en niet puur naar de formule. In de jaren ervoor is er wel vergoed onder gelijke omstandigheden. Verzoekster zegt het jammer te vinden om te horen dat de hardheidsclausule op deze wijze wordt beoordeeld. Normaliter wordt op basis van een hardheidsclausule gekeken naar individuele omstandigheden. Het gaat bij verzoekster om vervoer over een korte afstand, zodat zij er slecht vanaf komt met de formule. Naar haar mening moet worden afgeweken van de formule. Er is vervoer nodig, en omdat verzoekster toevallig dicht bij de fysiotherapeut en het ziekenhuis woont, wordt er nu niet vergoed. Zij vindt dat de formule terzijde geschoven moet worden en dat moet worden gekeken naar het individuele geval.

#### **4. Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster met ingang van 10 januari 2023 geen aanspraak meer heeft op vervoer naar behandelingen fysiotherapie, en vanaf 2025 niet langer op vervoer in verband met de ooginjecties. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 1 juli 2024 aangevoerd dat in de akkoordverklaring voor de periode van 10 januari 2023 tot en met 9 juli 2023 duidelijk is opgenomen dat deze alleen betrekking heeft op het vervoer naar de behandelingen in verband met de ooginjecties.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of het zittend ziekenvervoer kan worden vergoed op basis van een visusbeperking. Volgens het Zorginstituut is deze aanspraak beperkt tot mensen die zich zonder fysieke begeleiding niet zelfstandig op enige wijze van A naar B kunnen verplaatsen. Een vergoeding bij een visuele beperking is alleen mogelijk als het gezichtsvermogen na correctie aan beide ogen minder dan 20% bedraagt of indien sprake is van een andere oogaandoening, zoals kokerzien. Een tijdelijke visusbeperking valt niet onder de aanspraak, zoals het geval is na het ontvangen van de ooginjecties. Bij wijze van overgangsregeling zijn de kosten van het vervoer in verband hiermee nog vergoed tot eind 2024. Verzoekster is voorts niet rolstoelafhankelijk, omdat zij loopt met een rollator. Ook op deze grond bestaat daarom geen aanspraak op vergoeding.
- 4.3. De andere ritten vallen niet onder één van de categorieën waarvoor zittend ziekenvervoer is aangewezen, en deze zijn beoordeeld op basis van de hardheidsclausule. Hierbij wordt gewerkt met een formule, die moet uitkomen op een getal van 250 of hoger. Door verzoekster wordt hieraan niet voldaan. Daarbij moet worden meegenomen dat de behandelingen door de fysiotherapeut niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering, zodat in verband hiermee ook geen zittend ziekenvervoer kan worden vergoed. In eerdere jaren ging het om behandelingen fysiotherapie die wel vanuit de zorgverzekering werden vergoed.
- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 31 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat in eerdere jaren een akkoordverklaring is gegeven, omdat de situatie van verzoekster onder de hardheidsclausule viel bij toepassing van de berekening. Dat is nu niet meer het geval. Daarnaast zijn er in haar situatie geen bijzondere omstandigheden waardoor het onredelijk zou zijn indien zij de vervoerskosten zelf moet betalen. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat de afwijzing na meerdere goedkeuringen voor verzoekster wellicht teleurstellend is, maar dat iedere aanvraag een nieuw beoordelingsmoment betekent.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd in aanvulling hierop nog meegedeeld dat de fysiotherapie wordt vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. In het verleden leek verzoekster aan de voorwaarden te voldoen en kreeg zij steeds een akkoordverklaring voor zittend ziekenvervoer. In 2022 was er een keer een afwijzing, toen is er gebeld met de mededeling dat verzoekster wel meer ritten zou maken waardoor het is omgezet in een akkoord. Bij vervoer gaat het juist om het aantal te maken kilometers. In de wetgeving is het vrij algemeen geformuleerd. Bij het invoeren van de vergoeding voor zittend ziekenvervoer is besloten om alle verschillende gevallen gelijk te behandelen, en daarom is de formule er gekomen. Dit is al sinds het begin van de wetgeving de invulling. Het is niet zo dat de ziektekostenverzekeraar er niet voor openstaat om buiten die formule een vergoeding te geven, maar dit zou een grote uitzondering zijn. Hoewel het heel schrijnend is om te horen dat verzoekster zo achteruit gaat, weegt dit niet mee in de beoordeling van de aanspraak op zittend ziekenvervoer. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat het zittend ziekenvervoer voor een zeer beperkt aantal verzekerden is opgenomen in het pakket. In eerste instantie alleen voor de opgenomen categorieën van verzekerden, pas later ook met de hardheidsclausule. Wat er in het pakket zit is aan de overheid. Bij een langere afstand zijn er ook hogere kosten.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 27 februari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

*De vraag in geschil is of verzekerde in verband met bezoeken aan de fysiotherapeut en aan de oogarts in het ziekenhuis vanaf 10 januari 2023 aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van het ziekenvervoer ten laste van de basisverzekering.*

*Indicatie 'beperkt gezichtsvermogen'*

*Ingevolge artikel 2.14, eerste lid, onderdeel d, van het Bzv kan een verzekerde in aanmerking komen voor vergoeding van vervoer, als het gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat zij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen. Voor wat betreft 'beperkt gezichtsvermogen' (visuele beperkingen) valt eenmalig of incidenteel vervoer vanwege oogbehandelingen niet onder de aanspraak. Bij ziekenvervoer vanuit de Zvw gaat het om mensen met een (structureel) beperkt gezichtsvermogen die zich, ook met een hulpmiddel zoals een blindengeleidehond, niet zonder begeleiding kunnen verplaatsen. Naast een visus van 0,2 of minder kunnen andere oogaandoeningen, zoals bijvoorbeeld kokerzien, reden zijn voor de toekenning van een machtiging. Dit is ter beoordeling aan de adviserend geneeskundige van zorgverzekeraars.*

*Verzekerde is onder behandeling van de oogarts in verband met maculadegeneratie. Uit de voorliggende informatie blijkt echter niet dat sprake is van een beperkt gezichtsvermogen, zoals bedoeld in de regelgeving. Immers, blijkens de brief van de optometrist van 9 november 2023 is de visus van het rechter oog 0,9 en van het linker oog 0,6.*

*Indicatie 'uitsluitend met rolstoel verplaatsen'*

*Ingevolge artikel 2.14, eerste lid, onderdeel c, van het Bzv kan een verzekerde in aanmerking komen voor vergoeding van vervoer, als een verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen. Hierbij gaat het om iemand die volledig rolstoelafhankelijk is en zich niet met een ander loop hulpmiddel kan verplaatsen.*

*Uit het voorliggende dossier blijkt niet dat verzekerde rolstoelafhankelijk is. Verzekerde geeft in haar brief van 5 maart 2024 zelf aan dat zij, hoewel moeizaam, zich nog kan voortbewegen met een*

rollator. Er kan geconcludeerd worden dat de medische indicatie van verzekerde niet valt onder één van de genoemde (limitatieve) categorieën uit artikel 2.14 van het Bzv.

#### *Hardheidsclausule*

Zoals ook in het juridisch kader is uiteengezet, kan sprake zijn van recht op ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule als een verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen is op vervoer.

Om te beoordelen of iemand op grond van de hardheidsclausule aanspraak kan maken op ziekenvervoer, is de volgende formule van toepassing. Deze formule maakt ongelijke gevallen vergelijkbaar:

$(\text{aantal maanden}) \times (\text{aantal keren per week}) \times (\text{aantal weken per maand}) \times (\text{aantal km enkele reis}) \times 0,25$  (= wegingsfactor)

Bij een uitkomst gelijk aan of groter dan 250 kan iemand op grond van de hardheidsclausule mogelijk aanspraak maken op ziekenvervoer.

Uit de voorliggende informatie blijkt dat de indicatie voor fysiotherapie het doorgemaakte cerebrovasculair accident (CVA) is. Deze aandoening is opgenomen in de zogeheten 'chronische lijst' (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) en fysiotherapie valt in geval van verzekerde onder de Zvw. Ook de zorg door de oogarts valt onder de Zvw. Hieruit volgt dat de zorg waarvoor het vervoer is bestemd onder de Zvw valt.

Uit de voorliggende informatie blijkt dat de zorgaanbieder van fysiotherapie op verschillende locaties zorg verleent. Volgens het voorgedrukte formulier van verweerder met verzoek om ontbrekende gegevens in te vullen betreft het de locatie op 4,9 km reisafstand van de woning van verzekerde. In de brief van de verweerder van 1 juli 2024 staat echter een adres van deze zorgverlener op 2 km reisafstand van de woning van verzekerde. De reisafstand naar het ziekenhuis bedraagt volgens de routeplanner 2,3 km.

In de voorliggende informatie worden – naast verschillende locaties – ook verschillende frequenties van zorg per week of maand aangegeven. Aangezien in het voorliggend dossier een aantal formulieren niet van een datum zijn voorzien, wordt in dit advies uitgegaan van het overzicht dat verweerder in de brief van 1 juli 2024 heeft vermeld over het jaar 2023. Uit dit overzicht is op te maken dat verzekerde gedurende het gehele jaar drie tot vier keer per maand naar de oogarts in het ziekenhuis gaat (naar boven afgerond: een keer per week), en in de eerste helft van het jaar drie keer per week naar de fysiotherapie, en de tweede helft van het jaar twee keer per week naar de fysiotherapie.

De verschillende frequenties en verschillende reisafstand in acht nemend zijn de uitkomsten van de berekeningen als volgt:

Bij de reisafstand naar het ziekenhuis 2,3 km en als de reisafstand naar de fysiotherapie 2 km is, is de berekening als volgt:

Ziekenhuis: (3-4x per maand, 2,3 km):  $12 (\text{maanden}) \times 1 (\text{keer per week}) \times 4,35 (\text{weken per maand}) \times 2,3 (\text{km}) \times 0,25 (\text{wegingsfactor}) = [30]$

Fysiotherapie:

Eerste helft van 2023, 3x per week:

$6 (\text{maanden}) \times 3 (\text{keer per week}) \times 4,35 (\text{weken per maand}) \times 2 (\text{km}) \times 0,25 (\text{wegingsfactor}) =$   
(afgerond naar boven) 40

Tweede helft van 2023, 2x per week:

$6 (\text{maanden}) \times 2 (\text{keer per week}) \times 4,35 (\text{weken per maand}) \times 2 (\text{km}) \times 0,25 (\text{wegingsfactor}) = 26$

Het totaal is dan  $30 + 40 + 26 = 96$ .

Bij de reisafstand naar het ziekenhuis 2,3 km en als de reisafstand naar de fysiotherapie 4,9 km is, is de berekening als volgt:

Ziekenhuis: (3-4x per maand, 2,3 km):  $12 \text{ (maanden)} \times 1 \text{ (keer per week)} \times 4,35 \text{ (weken per maand)} \times 2,3 \text{ (km)} \times 0,25 \text{ (wegingsfactor)} = 30$

Fysiotherapie:

Eerste helft van 2023, 3x per week:

$6 \text{ (maanden)} \times 3 \text{ (keer per week)} \times 4,35 \text{ (weken per maand)} \times 4,9 \text{ (km)} \times 0,25 \text{ (wegingsfactor)} =$   
(afgerond naar boven) 96

Tweede helft van 2023, 2x per week:

$6 \text{ (maanden)} \times 2 \text{ (keer per week)} \times 4,35 \text{ (weken per maand)} \times 4,9 \text{ (km)} \times 0,25 \text{ (wegingsfactor)} =$   
(afgerond naar boven) 64

In totaal is dan  $30 + 96 + 64 = 190$ .

Zowel bij een reisafstand van 4,9 km naar de fysiotherapie als bij een reisafstand van 2 km blijkt, inclusief de reizen naar het ziekenhuis, het totaal van de berekening minder dan 250 te zijn. Op grond van de voorliggende informatie kan geconcludeerd worden dat niet wordt voldaan aan de hardheidsclausule.

#### Conclusie

De medische indicatie van verzekerde valt niet onder één van de limitatieve categorieën uit artikel 2.14 van het Bzv. Ook kan verzekerde geen aanspraak maken op vervoer op grond van de hardheidsclausule.

#### Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzekerde kan geen aanspraak maken op vergoeding van ziekenvervoer ten laste van de basisverzekering."

- 5.2. In het definitief advies van 3 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. De vraag in geschil is of verzekerde in verband met bezoeken aan de fysiotherapeut en aan de oogarts in het ziekenhuis in 2023 aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van het ziekenvervoer ten laste van de basisverzekering.

Zoals ook in het juridisch kader in het voorlopig advies is uiteengezet, komen de kosten voor vervoer in principe voor eigen rekening. In artikel 2.14, eerste lid, van het Bzv is een limitatieve lijst opgenomen van de categorieën verzekerden die wel in aanmerking kunnen komen voor vergoeding van vervoer vanuit de Zvw.

Als een verzekerde niet onder een van de limitatieve categorieën valt, kan er onder voorwaarden recht bestaan op ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Dit is het geval als de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (artikel 2.14, derde lid, van het Bzv).

Uit het verslag van de hoorzitting blijkt dat verzoekster van mening is dat bij verzekerde sprake is van een onbillijke situatie en dat er ook gekeken zou moeten worden naar de individuele omstandigheden.

*Behalve de formule waarin het aantal kilometers wordt meegenomen om te bepalen of iemand in aanmerking komt voor vergoeding op basis van de hardheidsclausule, dienen zorgverzekeraars, zoals verzoekster ook stelt, ook alle individuele omstandigheden hierin mee te wegen. Bij de beoordeling of sprake is van 'onbillijkheid van overwegende aard' dienen in ieder geval de volgende factoren betrokken te worden in deze beoordeling:*

- de aard en de omvang van de ziektelast;*
- de aard en de mate van ingrijpendheid van de behandeling;*
- de duur van de periode waarvoor vervoer noodzakelijk is;*
- de frequentie van het noodzakelijke vervoer;*
- de afstand waarover dat vervoer dient plaats te vinden;*
- de vorm van het vervoer als geen of onvoldoende mantelzorg aanwezig is;*
- de kosten van het vervoer;*
- de financiële draagkracht van de verzekerde en de gevolgen van het niet vergoeden van het vervoer voor de gezondheid van de verzekerde.*

*Het is ter beoordeling van verweerder of verzekerde op basis van de geldende regelgeving in aanmerking kan komen voor vergoeding van vervoer vanuit de hardheidsclausule. Het is het dan ook aan verweerder om, met in achtneming van de individuele omstandigheden, een afweging te maken tussen het belang van de regelgeving en de gevolgen van het handhaven van de regeling in de situatie van verzekerde. Het Zorginstituut kan hier niet in treden.*

### **Conclusie**

*Het is aan verweerder om te beoordelen of verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding van vervoer op basis van de hardheidsclausule als bedoeld in artikel 2.14, derde lid, van het Bzv. Hierbij dient verweerder ook rekening te houden met de individuele omstandigheden. Advies Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het is ter beoordeling van verweerder of in de situatie van verzekerde aanspraak bestaat op vergoeding van vervoer vanuit de hardheidsclausule ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut kan hier niet in treden."*

## **6. Bevoegdheid van de commissie**

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## **7. Beoordeling**

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over zittend ziekenvervoer zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De aanspraak op zittend ziekenvervoer is geregeld in artikel B.18.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is gebaseerd op de artikelen 2.13 en 2.14 Bzv. Artikel B.18.2. bepaalt dat zittend ziekenvervoer voor vergoeding in aanmerking komt indien dit nodig is in de volgende situaties:
  - a. de verzekerde moet nierdialyse ondergaan of heeft in dat kader consulten, onderzoek of controles nodig;
  - b. de verzekerde moet behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker ondergaan of heeft in dat kader consulten, onderzoek of controles nodig;

c. de verzekerde kan zich alleen met een rolstoel verplaatsen;  
 d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zo beperkt dat hij of zij zich daardoor niet zonder begeleiding kan verplaatsen;  
 e. de verzekerde is jonger dan 18 jaar en is vanwege een complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging;  
 f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie;  
 g. de verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en onderdeel is van een zorgprogramma bij mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.  
 Indien iemand niet behoort tot één van de hiervoor bedoelde categorieën van verzekerden waarvoor zittend ziekenvervoer is aangewezen, wordt getoetst aan de zogenoemde 'hardheidsclausule'.

- 7.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster niet behoort tot één van de categorieën als bedoeld onder a, b, e, f of g. Verder geldt dat verzoekster niet rolstoelafhankelijk is. Zij kan zich voortbewegen met behulp van een rollator. Om die reden behoort zij ook niet tot de categorie van verzekerden als bedoeld onder c. Gelet op de verklaring van de optometrist van 9 november 2023 ziet verzoekster met het rechteroog 0.9 (90%) en met het linkeroog 0.6 (60%). Dit is niet een dusdanige visusbeperking dat kan worden geconcludeerd dat verzoekster behoort tot de categorie van verzekerden als bedoeld onder d. Dit volgt ook uit het advies van het Zorginstituut van 27 februari 2025. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij wijze van overgangsregeling een akkoordverklaring gegeven op basis van een tijdelijke visusbeperking in verband met ooginjecties, voor het vervoer naar de oogarts tot en met eind 2024. In die beslissing zal de commissie niet treden.
- 7.4. Verzoekster heeft daarnaast aanspraak gemaakt op vervoer naar de fysiotherapeut. Van deze behandelingen is geen medische informatie overgelegd. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, en door verzoekster is niet weersproken, dat de behandelingen fysiotherapie in ieder geval vanaf 10 januari 2023 niet (meer) vanuit de zorgverzekering worden vergoed. Dit is echter wel een voorwaarde voor vergoeding van vervoer ten laste van die verzekering. Verzoekster krijgt voor de fysiotherapie thans een vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, maar de aanspraken vanuit deze verzekering tellen niet mee voor de berekening aan de hand van de hardheidsclausule van de zorgverzekering. Een en ander volgt uit artikel B.18.2 van de zorgverzekering.
- 7.5. Voor de berekening aan de hand van de hardheidsclausule geldt verder het volgende. Door de zorgverzekeraars wordt bij het vaststellen of sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard wel gebruik gemaakt van een formule, opgesteld door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De commissie begrijpt dat deze wordt gehanteerd als middel, op basis van een onderlinge afspraak tussen de zorgverzekeraars, ter bevordering van een zowel consistente als eenvormige toepassing van de zogenoemde hardheidsclausule, zonder daarmee overigens de mogelijkheid van het op andere wijze vaststellen van onbillijkheid van overwegende aard uit te sluiten. Bedoelde formule luidt als volgt:

**aantal** (maanden) x **aantal** (x per week) x 4 (weken in een maand) x {**aantal** (km enkele reis) x 0,25 (weging)} = X (op basis van enkele afstand)

Hierbij kunnen de vetgedrukte aantallen variabel ten opzichte van elkaar worden ingevuld om tot een getal onder of boven de 250 te komen. Daar waar sprake is van een gelijke of hogere waarde, heeft de verzekerde aanspraak op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. De ziektekostenverzekeraar heeft een berekening uitgevoerd op basis van deze formule. In de berekening zijn 8 behandelingen bij de oogarts betrokken, 82 behandelingen bij de fysiotherapeut, 4 behandelingen bij de podoloog en 2 behandelingen bij de handtherapeut. De

ziekttekostenverzekeraar komt uit op een uitkomst van 58,5. Het Zorginstituut heeft in zijn advies ook berekeningen uitgevoerd, en komt uit op andere uitkomsten, afhankelijk van de reisafstand naar de fysiotherapeut. Alle gevonden uitkomsten liggen echter onder 250. Verzoekster heeft niet aangetoond dat de berekening in haar situatie uitkomt op een waarde van 250 of meer. Dit betekent dat bij toepassing van de formules niet is voldaan aan de criteria van de hardheidsclausule.

- 7.6. De vraag rest of bij verzoekster anderszins sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard indien de kosten van het vervoer voor haar rekening blijven. Van een dergelijke situatie is naar het oordeel van de commissie niet gebleken. Kennelijk zijn de kosten van het vervoer in het verleden steeds vergoed. Gelet op de overzichten van de ziektekostenverzekeraar lag de frequentie van de ritten in die jaren hoger, en werden de behandelingen door de fysiotherapeut toen nog vergoed vanuit de zorgverzekering. De situatie van verzoekster is dan ook niet gelijk gebleven, waardoor ook de berekening van de hardheidsclausule anders is uitgekomen. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet tot een andere conclusie leiden. Waar het gaat om het informeren van verzoekster, stelt de commissie vast dat zij op 25 januari 2023 door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte is gebracht dat zij enkel een akkoordverklaring ontving voor de ritten naar de oogarts in verband met injecties in het oog. Dat verzoekster daarna nog kosten heeft gemaakt voor andere ritten, en dat deze na afloop aan haar zijn gefactureerd door de vervoerder, was een omstandigheid waarmee zij had te rekenen. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden deze kosten te vergoeden.

*Slotsom*

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **8. Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 mei 2025,

L. Ritzema

## 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 2.14

---

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.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
  - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
  - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
  - c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
  - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
    - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
    - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
  - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

**B.17.5.**  
Vervallen.

## B.18. Vervoer

### B.18.1. Ambulance

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- 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 heeft gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

De Wet ambulancevoorzieningen verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikoptertransport onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval 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.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

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.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bestemd 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 (tijdelijke of gebruikelijke) woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
    - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling, verpleging en/of zorg. Of, indien daar geen passende zorg mogelijk is, naar een verder gelegen plaats.
    - de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg; en
    - het woonadres of een andere woning, indien in de eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging mogelijk is.
  - Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz.
- 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.

##### Behandelvoorstel

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 spoedeisend ambulancevervoer.

##### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

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

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

##### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### B.18.2. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi) of logeerkosten

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- het ziekenvervoer:
  - per auto,
  - in de laagste klasse van het openbaar vervoer of
  - taxiover een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als 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 heeft 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 ziekenvervoer per eigen auto of huurauto geldt een vergoeding van € 0,37 per kilometer.

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 en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

- vergoeding voor logeerkosten van maximaal € 82,- per nacht in plaats van (een vergoeding voor de kosten van) ziekenvervoer.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- U heeft een wettelijke eigen bijdrage van € 113,- per jaar voor ziekenvervoer.
- De wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor vervoer tussen instellingen waar u verblijft vanuit de Zvw of Wlz en het vervoer en verblijf noodzakelijk is voor:
  - het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling onder Zvw of Wlz waarvoor in de gebruikelijke instelling van verblijf niet de mogelijkheid bestaat;

- naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling die valt onder de Zvw bij gebruikelijke instelling van verblijf de mogelijkheid niet bestaat;
- voor vervoer van en naar een instelling waarin de verzekerde vanuit de bijzondere ziektekostenverzekering voor een tandheelkundige behandeling wordt behandeld en de gebruikelijke instelling van verblijf niet de mogelijkheid bestaat;
- De wettelijke eigen bijdrage geldt ook niet voor logeerkosten, zoals in dit artikel genoemd.
- De volgende kosten worden niet vergoed:
  - ziekenvervoer van en naar de plaats van zorg die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
  - vervoer in verband met dagbehandeling of dagbesteding, terwijl u niet in een Wlz instelling verblijft;
  - 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.
- Voor de logeerkosten geldt geen wettelijke eigen bijdrage.
- U heeft geen recht op (de vergoeding van het) ziekenvervoer als u vergoeding voor logeerkosten heeft aangevraagd en van ons daarvoor een akkoordverklaring heeft ontvangen.
- Het vervoer van en naar de plaats waar u logeert valt onder de vergoedingsregeling van ziekenvervoer. Het eventuele vervoer van uw logeeradres naar het ziekenhuis en terug naar uw logeeradres valt niet onder deze vergoedingsregeling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of aanvullingen op deze zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

##### Ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij vervoer in Nederland of, als u in het buitenland woont, in uw woonland:

- een heenrit van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
  - een zorgverlener of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
  - vervolgens een terugrit naar uw (tijdelijke en/of gebruikelijke) woonadres of een andere woning als u op uw woonadres niet de noodzakelijke verzorging kunt krijgen;
- ziekenvervoer voor behandeling, verpleging of zorg bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz.

Het ziekenvervoer is nodig omdat:

- a. u nierdialyse moet ondergaan of wanneer er consulten, onderzoek en controles nodig zijn als onderdeel van de behandeling;
- b. u behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker moet ondergaan of wanneer er consulten, onderzoek en controles nodig zijn als onderdeel van de behandeling;
- c. u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen.;
- d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.;
- e. u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
- f. u bent aangewezen op geriatrie revalidatie volgens artikel B.4.6.2.
- g. u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en onderdeel is van een zorgprogramma bij mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel, een verstandelijke beperking zoals bedoeld in art B.28.1.

### 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 (of consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) 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 heeft op 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 heeft op ziekenvervoer op basis van de "hardheidsclausule" gebruiken wij de volgende formule:

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 bent u ook verzekerd voor 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 en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

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

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

### Logeerkosten

U heeft recht op een vergoeding van logeerkosten als verblijf buiten het ziekenhuis medisch noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg zoals dat medische specialisten plegen te bieden zonder verpleging, verzorging of paramedische zorg (mantelzorg niet meegerekend).

Een voorbeeld van een medische noodzaak is dat u binnen 60 minuten in een expertziekenhuis moet zijn na een behandeling van CAR-T-celtherapie. Als uw woonadres verder dan 60 minuten van een expertziekenhuis ligt, heb u recht op de vergoeding van logeerkosten zolang sprake is van deze medische noodzaak.

Daarnaast heeft u recht op vergoeding van logeerkosten:

- als u op basis van uw medische indicatie of de hardheidsclausule in aanmerking komt voor ziekenvervoer uit dit artikel; en
- als dit ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- als u een aanvraag heeft ingediend voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) ziekenvervoer en u daarvoor van ons een akkoordverklaring heeft ontvangen.

### Zorgverlener

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

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Dit geldt ook wanneer:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of
- u reist met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot).

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. Zie hiervoor artikel A.20.

## B.19. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Het gehele artikel B.19. beschrijft de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het Reglement GGZ is onderdeel van dit artikel. In het reglement wordt de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel.

Het Reglement GGZ kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

### B.19.1. GGZ zonder opname

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische consulten. Het gaat hierbij om:

- diagnostiek (het vaststellen van een vermoedelijke aandoening) met de bedoeling om over te gaan tot
- behandeling van een psychische aandoening.

Als onderdeel van deze zorg kan ook evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorg (blended care) worden ingezet. Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener is gestart en is afgerond. U volgt daarbij een behandeling via een online behandelmodule waarmee de behandeling niet alleen face-to-face plaatsvindt, maar ook mogelijk wordt gemaakt via digitaal contact.

#### Let op!

- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De belangrijkste uitsluitingen staan in het Reglement GGZ.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

- De zorg kan individueel of in groepsverband worden gegeven.
- De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of in een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

##### Zorgverlener

- Iedere zorgverlener beschikt over een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut dat is getoetst op basis van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners zijn terug te vinden op [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl). Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.
- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en wordt gegeven in een instelling.

##### Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, een bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, een medisch specialist, regiebehandelaar of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen).

De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

##### Behandelvoorstel

De regiebehandelaar heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is, toetst of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een