

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202301939

Partijen

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

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door haar, in de periode van 2015 tot en met 25 april 2020, gemaakte kosten van vervoer per eigen auto naar twee ziekenhuizen in Nederland dient te vergoeden. Zij heeft gesteld hierover in 2015 onjuist dan wel onvolledig te zijn geïnformeerd.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij achteraf als coulance een vervoersmachtiging heeft verstrekt voor de periode van 26 april 2020 tot en met 31 december 2023. Vergoeding van de kosten van het zittend ziekenvervoer van vóór eerstgenoemde datum is afgewezen met een beroep op verjaring.
- 1.2. De commissie overweegt dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer in het kader van (onder meer) oncologische behandelingen, waaronder vervoer per eigen auto en stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar een machtiging heeft gegeven voor vervoer naar AVL en AMC voor de periode van 26 april 2020 tot en met 31 december 2023. Over de periode voor die datum heeft de ziektekostenverzekeraar het verzoek afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij met het verstrekken van deze machtiging coulant is geweest omdat niet vooraf toestemming is gevraagd en voorts omdat voor zover herleidbaar er sprake is van nacontroles, omdat de primaire behandeling is afgerond. In deze procedure is volgens de commissie niet gebleken dat deze laatste stelling juist is en ook niet op welke informatie de zorgverzekeraar zijn stelling heeft gebaseerd. De commissie kan het standpunt van de ziektekostenverzekeraar wel volgen voor zover de machtiging uit coulance is afgeven in verband met het ontbreken van de voorafgaande toestemming. De commissie stelt vast dat de vergoeding van de vervoerskosten over de periode van 26 april 2020 tot en met 31 december 2023 niet meer in geschil is. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster voorts tegengeworpen dat haar vordering op hem is verjaard voor zover het betreft vervoerskosten over de periode tussen 2015 en 25 april 2020. De commissie overweegt dat verzoekster op 26 april 2023 om vergoeding van haar vervoerskosten heeft verzocht. Blijkens de algemene voorwaarden van de zorgverzekering op pagina 91 moet een nota binnen drie jaren na ontvangst zijn ingediend. Ingevolge artikel 7:942, eerste lid, BW verjaart een

rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. Uitgaande van de data waarop het vervoer heeft plaatsgevonden en de datum waarop verzoekster vergoeding van de vervoerskosten vroeg, stelt de commissie vast dat laatstelijk op 25 april 2023 de termijn van drie jaren eindigde. Van tijdige stuiting van de verjaring is niet gebleken, zodat alle declaraties van vóór 26 april 2020 zijn verjaard. Voor zover verzoekster zich beroept op vergoeding op grond van de hardheidsclausule, overweegt de commissie dat toetsing hieraan buiten beschouwing kan blijven, nu gebleken is dat de declaraties van vóór 26 april 2020 zijn verjaard.

Verzoekster heeft gesteld dat zij in 2015 onjuist en onvolledig is geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar, omdat haar toen is meegedeeld dat er geen regeling bestaat voor vergoeding van zittend ziekenvervoer per eigen auto in Nederland. Uitgangspunt ingevolge artikel 150 Rv is dat degene die zich beroept op de rechtsgevolgen van bepaalde feiten of rechten de bewijslast van die feiten of rechten draagt. Hetgeen verzoekster in dit verband heeft aangevoerd, maakt naar het oordeel van de commissie niet aannemelijk dat door de ziektekostenverzekeraar onjuiste informatie is verstrekt. Dit betekent dat de verjaring aan verzoekster ook kan worden tegengeworpen voor zover het de vervoersdeclaraties over de periode van 2015 tot en met 25 april 2020 betreft. 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. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 12 februari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 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 18 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 april 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 juni 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 2 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 3.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de door haar vanaf 2004 gemaakte kosten van vervoer per eigen auto naar twee ziekenhuizen in Nederland met terugwerkende kracht te vergoeden.
- 3.3. Bij brief van 25 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij alleen de kosten van zittend ziekenvervoer gemaakt in de periode van 26 april 2020 tot en met 31 december 2023 vergoedt.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 12 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 28 september 2023 een overzicht van haar afspraken bij het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (AvL) en het Universitair Medisch Centrum (UMC) te Amsterdam overgelegd.

4. Standpunt verzoekster

4.1. Verzoekster heeft de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door haar, in de periode van 2004 tot en met 25 april 2020, gemaakte kosten van vervoer per eigen auto naar twee ziekenhuizen in Nederland dient te vergoeden.

4.2. Verzoekster heeft sinds 2004, vanwege oncologische behandelingen, veel bezoeken aan ziekenhuizen gebracht. Zij heeft altijd met haar eigen auto gereden en daardoor veel kosten gemaakt. In 2015 heeft verzoekster, in het kader van haar behandeling in een ziekenhuis in Duitsland, voor de eerste keer een verzoek tot vergoeding van vervoerskosten bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De kosten van het vervoer naar Duitsland zijn door de ziektekostenverzekeraar toen vergoed en deze zijn thans niet in geschil. Verzoekster stelt dat zij destijds ook heeft gevraagd naar de mogelijkheid van vergoeding van de kosten van vervoer per eigen auto naar twee ziekenhuizen in Nederland. De ziektekostenverzekeraar heeft haar op dat moment meegedeeld dat hiervoor geen regeling bestaat. In 2023 is verzoekster ter ore gekomen dat hiervoor wél een regeling is. Verzoekster heeft vervolgens opnieuw contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft aan verzoekster alsnog een machtiging afgegeven voor de periode tot drie jaar voorafgaand aan de aanvraag (26 april 2020 tot en met 31 december 2023). Voor de jaren daarvoor - van 2004 tot en met 25 april 2020 - is geen vervoersmachtiging afgegeven.

4.3. Verzoekster heeft bij haar e-mailbericht van 28 september 2023 twee overzichten overgelegd. Hierop staan haar bezoeken aan het AvL vanaf 2004 en die aan het UMC te Amsterdam vanaf 2015 vermeld. Zij is in de periode van 2004 tot en met 25 april 2020 totaal 70 keer naar het AvL gereden. Hiervan betreft het 25 keer in de periode van 2004 tot en met 2014 en 45 keer in de periode van 2015 tot en met 2020. De reisafstand is volgens verzoekster 204 kilometer. Voor deze bezoeken heeft zij de ziektekostenverzekeraar om een vergoeding van (€ 0,19 x 14.280 kilometer) € 2.713,- gevraagd. Verder heeft verzoekster verklaard dat zij in de periode van 2015 tot en met 25 april 2020 totaal 33 keer naar het UMC te Amsterdam is gereden. De reisafstand is volgens haar 180 kilometer. Voor deze bezoeken heeft zij verzocht om een vergoeding van (€ 0,19 x 5.940 kilometer) € 1.128,-.

4.4. Verzoekster heeft in haar brief van 14 februari 2024, gericht aan de commissie, verklaard dat haar stelling - dat zij in 2015 wel degelijk heeft gevraagd naar de mogelijkheden van vergoeding van vervoer per eigen auto naar beide ziekenhuizen in Nederland - betrouwbaarder moet worden geacht dan de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat dit niet is gebeurd. Als zij destijds de juiste informatie had ontvangen, had zij vanzelfsprekend de vervoerskosten gedeclareerd. Het bevreemdt verzoekster verder dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de machtiging op grond van coulance is verstrekt. Over coulance is nooit gesproken. De machtiging is verstrekt, omdat de vervoerskosten op grond van de zorgverzekering aan haar moeten worden vergoed. Verzoekster verklaart dat zij aan de voorwaarden van de zorgverzekering voldoet, nu zij voor oncologische behandelingen naar beide ziekenhuizen is gereden. Zij heeft verder over de kosten van het vervoer toegevoegd dat vanaf 2015 van en naar het AvL 9.180 kilometers is gereden. Bij een vergoeding van € 0,19 per gereden kilometer dient de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1.744,- te vergoeden.

4.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop verklaard dat haar verzoek inmiddels genuanceerder is. Het gaat haar niet langer om vergoeding van vervoerskosten vanaf 2004. Het gaat haar in deze procedure nog om vergoeding van de vervoerskosten vanaf 2015, omdat zij toen bij de ziektekostenverzekeraar naar de mogelijkheid van vergoeding van vervoerskosten binnen Nederland heeft geïnformeerd en te horen kreeg dat daarvoor geen regeling bestaat. In

2023 heeft zij gehoord dat er wel degelijk een regeling voor vergoeding van vervoerskosten is. De meeste kosten zijn volgens verzoekster ook gemaakt vanaf 2015. Zij heeft hiervan verklaringen van ziekenhuizen overgelegd. Voor haar is het cruciale punt dat zij heeft willen voldoen aan de eis van voorafgaande toestemming. Zij vindt het teleurstellend dat de ziektekostenverzekeraar het gesprek uit 2015 niet kan herleiden. Zij heeft verklaard dat als de ziektekostenverzekeraar destijds had meegedeeld dat er een regeling bestaat voor vergoeding van vervoerskosten, er zeker een aanvraag zou zijn gedaan.

Verzoekster heeft voorts verklaard dat het woord 'coulance' door de ziektekostenverzekeraar onterecht wordt gebruikt. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft eerder meegedeeld dat zij tot drie jaren terug haar nota's kon indienen. Voor meer dan drie jaren moest zij toestemming vragen. Door de afdeling Klachten is meegedeeld dat de machtiging zou worden afgegeven. Er is volgens verzoekster met geen woord gesproken over coulance. Pas later in de contacten met de ziektekostenverzekeraar is gesproken over coulance. Volgens haar is dit een beweging die eerst lijkt op een reguliere vergoeding en daarna op basis van coulance. Dat vindt zij opmerkelijk. Zij heeft verder verklaard dat het woord verjaring in deze context schimmig is. Zij vraagt zich af wanneer het dan is verjaard. Volgens haar zijn de drie jaren regulier vergoed en voor de andere jaren zou een beoordeling moeten plaatsvinden. Er is door de ziektekostenverzekeraar niet gevraagd om nadere informatie over oncologische behandelingen of scans. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft verzoekster verklaard in 2015 niet naar de voorwaarden van de zorgverzekering te hebben gekeken. Er was sprake van een levensbedreigende situatie bij verzoekster en daar lag op dat moment haar aandacht.

Verzoekster heeft verklaard dat het gaat om een bedrag van € 2.700,-.

Ten aanzien van de hardheidsclausule heeft verzoekster opgemerkt dat de bepaling in de verzekeringsvoorwaarden de indruk wekt dat naast chemotherapie of radiotherapie, ook controles en onderzoek die daarmee verband houden recht geven op vergoeding.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 12 juli 2023 verklaard dat hij alsnog een machtiging heeft verstrekt voor de periode van 26 april 2020 tot en met 31 december 2023. Vergoeding van het zittend ziekenvervoer in de periode van vóór deze datum is afgewezen. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat voor het indienen van declaraties een termijn van drie jaren geldt. Declaraties die ouder zijn dan drie jaren worden niet vergoed. Hij verklaart verder dat hij niet meer kan vaststellen of verzoekster in het verleden onjuist dan wel onvolledig is geïnformeerd over de vergoeding van vervoerskosten.
- 5.2. In zijn brief van 10 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij coulant is geweest met het verstrekken van de machtiging. Er bestaat aanspraak op vergoeding van zittend ziekenvervoer als aan een aantal voorwaarden is voldaan. De belangrijkste voorwaarden in dit verband zijn dat sprake moet zijn van een voorafgaande goedkeuring en een verzekerde indicatie. In de regelgeving is een oncologische behandeling een afgebakend begrip. Op de website van het Zorginstituut Nederland staat de definitie van een consult, onderzoek of controle beschreven. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat, voor zover voor hem herleidbaar is, bij verzoekster sprake is van nacontroles. De primaire behandeling is afgerond. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat voor zorg die niet wordt gezien als oncologische behandeling nog steeds aanspraak op vergoeding kan bestaan op grond van de hardheidsclausule. Op basis van het overzicht van de bezoeken van verzoekster aan de beide ziekenhuizen concludeert de ziektekostenverzekeraar dat zij voor de jaren 2020 tot en met 2023 op grond van de hardheidsclausule geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer.
- 5.3. Verzoekster heeft op basis van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering weliswaar geen aanspraak op vergoeding, maar de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard te kunnen herleiden dat verzoekster in de voorafgaande jaren enorm veel vervoerskosten heeft moeten maken in het kader van oncologische behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom uit coulance besloten alsnog een machtiging af te geven voor de vervoerskosten voor het zittend

ziekenvervoer per eigen auto, voor de periode waarin declareren nog is toegestaan. Ook voor verzekerden die aanspraak hebben op vergoeding vanwege een verzekerde indicatie geldt een maximale declaratietermijn van drie jaren. Hij verwijst hiervoor naar artikel 16 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat in zijn privacystatement is bepaald dat informatie rondom een klacht of geschil maximaal twee jaren nadat de procedure is afgerond wordt bewaard. Het oudste klantcontact met verzoekster is vastgelegd op 16 november 2017. Een foutieve uitleg in 2015 of eerder is daardoor niet meer te herleiden. De ziektekostenverzekeraar kan niet meer vaststellen wat toen precies is gevraagd en wat daarop precies is geantwoord.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 18 april 2024, gericht aan de commissie, aangevoerd dat een vordering op een verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart na drie jaren, en wel op grond van artikel 7:942 Burgerlijk Wetboek (BW), tenzij de verjaring tijdig is gestuit. Uit artikel 7:942, eerste lid, BW volgt dat de datum van de gemaakte reiskosten niet bepalend is voor de aanvang van de verjaringstermijn. Deze termijn vangt aan op de dag volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde, verzoekster in dit geval, met de opeisbaarheid van de vordering bekend is geworden. De ziektekostenverzekeraar stelt, onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden, dat verzoekster in elk geval sinds 2015 bekend moet zijn met de eventuele mogelijkheid van het aanvragen van een machtiging of het indienen van vervoersdeclaraties. Met de verzekeringsvoorwaarden wordt aan verzekerden bekend gemaakt wat onder de zorgverzekeringsovereenkomst valt. Bovendien heeft verzoekster in 2015 een machtiging gekregen voor zittend ziekenvervoer, waaruit tevens blijkt dat zij vanaf dat moment in elk geval met de opeisbaarheid van de vordering bekend is geworden. De ziektekostenverzekeraar stelt primair dat de verjaring niet is gestuit, zodat de vordering volgens hem is verjaard en vergoeding terecht is geweigerd. Daarbij stelt de ziektekostenverzekeraar dat de termijn uit artikel A16 van de verzekeringsvoorwaarden ook is verstreken, zodat hij niet meer is gehouden de gemaakte vervoerskosten in behandeling te nemen. De ziektekostenverzekeraar stelt subsidair dat - indien de commissie oordeelt dat de vordering van verzoekster niet is verjaard - de vervoerskosten niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering, omdat het vervoer naar controles, die plaatsvinden in het kader van de nazorg nadat de eigenlijke, primaire behandeling is afgerond, niet onder de behandeling valt waarvoor het vervoer wordt vergoed. Hij verwijst hiervoor naar de Nota van toelichting bij artikel 2.14 van het Besluit zorgverzekeringen. De ziektekostenverzekeraar verwijst verder naar artikel 2.14, eerste lid, van dit besluit, waarin groepen verzekerden die aanspraak maken op vergoeding van zittend ziekenvervoer limitatief worden opgesomd. Indien een verzekerde niet tot de genoemde groepen behoort, kan hij soms op grond van artikel 2.14, derde lid, van voornoemd besluit (de hardheidsclausule) in aanmerking komen voor vergoeding van vervoerskosten. De ziektekostenverzekeraar stelt dat er geen medische informatie aanwezig is, waaruit is op te maken of het behandeldoel van de behandeling van 2019 en eerder al was afgerond of dat het om een controle ging om het effect en verloop van de primaire behandeling te bekijken. Het dossier bevat geen verklaring van het ziekenhuis, waaruit blijkt dat het vervoer verband houdt met een primaire oncologische behandeling. Op basis hiervan komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de door haar gevraagde reiskosten ten laste van de basisverzekering.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het contact, dat er zou zijn geweest in 2015, niet meer is te herleiden vanwege de privacyregels. Na 7 jaren moeten stukken worden verwijderd. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat het verzoek zich nu beperkt tot 2015 en niet terug gaat tot 2004. Voor wat betreft het afgeven van de machtiging voor de jaren 2020 tot en met 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij coulant is geweest. Ten eerste omdat niet inhoudelijk is komen vast te staan of de zorg die verzoekster nog kreeg voor vergoeding van vervoer in aanmerking kwam en ten tweede omdat zonder de gevraagde voorafgaande toestemming toch een machtiging met terugwerkende kracht is verstrekt. Het verzoek tot vergoeding van de

vervoerskosten tussen 2015 en 2020, beoordeelt de ziektekostenverzekeraar daarom nu strikt juridisch. De nota's zijn in dat verband volgens de ziektekostenverzekeraar verjaard op grond van artikel 7:942 Burgerlijk Wetboek (BW). De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat het voor hem niet duidelijk is of de nota's vanaf 2015 op grond van het Besluit zorgverzekering (Bzv) ten laste van de zorgverzekering vergoed mogen worden.

Daarnaar door de commissie gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat over de periode 2015 - 2023 niet om aanvullende informatie is gevraagd voor wat betreft de inhoud van de zorg. Dit is niet gedaan, omdat de nota's van de drie voorgaande jaren zijn vergoed en de nota's van de overige jaren zijn verjaard. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij op basis van de declaraties heeft gebaseerd dat geen sprake meer was van een primaire behandeling vanaf 2020.

Tot slot licht de ziektekostenverzekeraar, in het kader van een eventueel nieuw verzoek om machtiging van vervoerskosten, toe dat bij een primaire oncologische behandeling aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer en dat er vooraf toestemming kan worden verleend. Als een verzekerde niet voldoet aan de voorwaarden, dan kan achteraf getoetst worden aan de hardheidsclausule. Hiervoor is een formule opgesteld die de ziektekostenverzekeraar kan toepassen. Als de arts niet vooraf kan aangeven dat het om een primaire oncologische behandeling gaat, dan kan dus achteraf getoetst worden aan de hardheidsclausule.

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 A17 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. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij de commissie verzoekt een uitspraak te doen over vergoeding van de vervoerskosten over de periode vanaf 2015. De commissie zal daarom beoordelen of de ziektekostenverzekeraar de door haar, in de periode van 2015 tot en met 25 april 2020, gemaakte kosten van vervoer per eigen auto naar twee ziekenhuizen in Nederland dient te vergoeden.
- 7.3. De commissie overweegt dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer in het kader van (onder meer) oncologische behandelingen, waaronder vervoer per eigen auto. Op de pagina's 54 tot en met 56 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering is deze aanspraak beschreven. Een en ander is gebaseerd op de artikelen 2.13 en 2.14 Bzv. In artikel 2.14 Bzv zijn de groepen personen beschreven die aanspraak hebben op zittend ziekenvervoer. Genoemd worden onder andere, in lid 1, onder b, verzekerden die behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie moeten ondergaan. Ter zake wordt in lid 5 van artikel 2.14 Bzv vermeld: "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". De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 juli 2023 alsnog op 25 mei 2023 een machtiging heeft gegeven voor vervoer naar AVL en AMC voor de periode van 26 april 2020 tot en met 31 december 2023. Over de periode voor die datum heeft de ziektekostenverzekeraar het verzoek afgewezen.

- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien in de procedure in de ombudsfase bij brief van 10 oktober 2023 en in reactie aan de commissie van 18 april 2024 verklaard dat hij met het verstrekken van deze machtiging coulant is geweest, omdat niet vooraf toestemming is gevraagd en voorts omdat voor zover herleidbaar er sprake is van nacontroles, omdat de primaire behandeling is afgerond. In deze procedure is volgens de commissie niet gebleken dat deze laatste stelling juist is en ook niet op welke informatie de zorgverzekeraar zijn stelling heeft gebaseerd. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat hij dit baseert op declaraties, maar deze zijn de commissie niet bekend. De commissie kan het standpunt van de ziektekostenverzekeraar wel volgen voor zover de machtiging uit coulance is verstrekt in verband met het ontbreken van de voorafgaande toestemming. Hoe dit ook zij, de commissie stelt vast dat de vergoeding van de vervoerskosten over de periode van 26 april 2020 tot en met 31 december 2023 niet meer in geschil is.
- 7.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster voorts tegengeworpen dat haar vordering op hem is verjaard voor zover het betreft vervoerskosten over de periode tussen 2015 en 25 april 2020. Hierover overweegt de commissie als volgt. Verzoekster heeft op 26 april 2023 om vergoeding van haar vervoerskosten verzocht. Blijkens de algemene voorwaarden van de zorgverzekering op pagina 91 moet een nota binnen drie jaren na ontvangst zijn ingediend. Ingevolge artikel 7:942, eerste lid, BW verjaart een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. De commissie tekent hierbij nog aan dat een verzekerde aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden kan bepalen welke kosten onder de dekking vallen. Het vorderingsrecht daarentegen ontstaat pas als deze onder de dekking vallende kosten daadwerkelijk worden gemaakt. Uitgaande van de data waarop het vervoer heeft plaatsgevonden en de datum waarop verzoekster vergoeding van de vervoerskosten vroeg, te weten 26 april 2023, stelt de commissie vast dat laatstelijk op 25 april 2023 de termijn van drie jaren eindigde. Van tijdige stuiting van de verjaring is niet gebleken, zodat alle declaraties van vóór 26 april 2020 zijn verjaard. Voor zover verzoekster zich beroept op vergoeding op grond van de hardheidsclausule, overweegt de commissie dat toetsing hieraan buiten beschouwing kan blijven, nu gebleken is dat de declaraties van vóór 26 april 2020 zijn verjaard.
- 7.6. Verzoekster heeft gesteld dat zij in 2015 onjuist en onvolledig is geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar, omdat haar toen is meegedeeld dat er geen regeling bestaat voor vergoeding van zittend ziekenvervoer per eigen auto in Nederland. De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling van verzoekster betwist en heeft verklaard dat het oudste klantcontact met verzoekster is vastgelegd op 16 november 2017. Een eventuele foutieve uitleg in 2015 of eerder is niet meer te herleiden. Uitgangspunt ingevolge artikel 150 Rv is dat degene die zich beroept op de rechtsgevolgen van bepaalde feiten of rechten de bewijslast van die feiten of rechten draagt. Dit betekent dat het aan verzoekster is aannemelijk te maken dat haar destijds onjuiste of onvolledige informatie is gegeven. Hetgeen verzoekster in dit verband heeft aangevoerd, maakt naar het oordeel van de commissie niet aannemelijk dat door de ziektekostenverzekeraar onjuiste informatie is verstrekt. Dit betekent dat de verjaring aan verzoekster ook kan worden tegengeworpen voor zover het de vervoersdeclaraties over de periode van 2015 tot en met 25 april 2020 betreft.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juli 2024,

J.J.M. Linders

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

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

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.

A16 Als u een nota indient

Vaak betaalt Menzis rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt.

U kunt een nota online indienen:

- u kunt dat doen op Mijn Menzis, of met de declaratie-app,
- Menzis kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen,
- de originele nota moet u 3 jaren bewaren.

U kunt een nota per post indienen:

- het moet het origineel van de nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- een nota wordt niet aan u teruggestuurd.

Let op

Spaar uw nota's liever niet op. U kunt een nota het beste direct indienen.

Waaraan moet een nota voldoen:

- U moet de nota binnen 3 jaar na ontvangst ervan hebben ingediend. Als datum van ontvangst geldt de factuurdatum.
- Op uw nota moet voldoende informatie staan om vast te stellen of u recht heeft op vergoeding.
- Als een nota niet is opgesteld in het Nederlands of Engels, kan Menzis u vragen een vertaling van de nota te sturen. De vertaling moet plaatsvinden door een beëdigd vertaler. U moet de vertaling zelf betalen.

Betaling van een nota:

- Voor alle verzekeringen (Basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen) op de zorgpolis geldt het volgende: Menzis mag elke vergoeding aan iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis uit elke verzekering verrekenen met elke vordering van Menzis uit elke verzekering op iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis.
- Als u een nota indient, zonder aan te geven op welk rekeningnummer de vergoeding moet worden uitbetaald, zal Menzis die vergoeding uitbetalen op het bij Menzis bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.
- Een nota in buitenlandse valuta rekent Menzis om in euro's. Dat gebeurt tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven.
- Als Menzis een vergoeding rechtstreeks betaalt aan de zorgaanbieder, vervalt daarmee de plicht aan u te vergoeden.
- Een vergoeding van zorg van een niet-gecontracteerde aanbieder wordt uitsluitend betaald op een bankrekening die op naam staat van de verzekerde of, bij het ontbreken daarvan, een bankrekening die op naam staat van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer of de verzekerde kan geen andere bankrekening aanwijzen waarop de betaling moet plaatsvinden.
- De overdraagbaarheid van vorderingsrechten, die voor verzekerde en/of verzekeringnemer voortvloeien uit een met Menzis gesloten verzekeringsovereenkomst, is uitgesloten. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact met de klantenservice opnemen. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Toestemming

Als u kiest voor een behandeling bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u het toestemmingsformulier op menzis.nl invullen.

Een toestemmingsverklaring is maximaal 365 dagen geldig behalve als dit nadrukkelijk anders wordt aangegeven. Een toestemmingsverklaring is niet meer geldig als de toepasselijke wet- of regelgeving wijzigt.

Advies

Heeft u vragen over verpleging en verzorging? Informeer dan bij de klantenservice over de mogelijkheden.

Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

U vindt de vormen van zorg die voorwaardelijk zijn toegelaten in het Verzekeringsreglement op menzis.nl.

Ziekenvervoer

Bij sommige indicaties kunt u een beroep doen op deze verzekering voor vervoer of de kosten daarvan. Er zijn 3 soorten zittend ziekenvervoer. U kunt vervoerd worden per auto, met het openbaar vervoer of met een ander vervoermiddel, bijvoorbeeld een boot.

Welke zorg

U heeft recht op het openbaar vervoer in de laagste klasse, of op vergoeding van de kosten van een auto. Bij gebruik van een particuliere auto heeft u recht op een vergoeding van € 0,37 per kilometer. U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel als vervoer per openbaar vervoer of per auto niet mogelijk is. Als begeleiding noodzakelijk is, of als het gaat om de begeleiding van een kind jonger dan 16 jaar, worden de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van de begeleider ook vergoed. In bijzondere gevallen kan Menzis vergoeding van de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van 2 begeleiders toestaan.

U heeft recht op vervoer als het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over vervoer per ambulance, en:

- u nierdialyses moet ondergaan, of als u naar consulten, onderzoek en controles toe moet die als onderdeel van de behandeling nodig zijn, of
- u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan, of als u naar consulten, onderzoek en controles toe moet die als onderdeel van de behandeling nodig zijn, of
- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of

- u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of
- u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en de controles, onderzoeken en consulten die als onderdeel van die behandeling nodig zijn, langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet toestaan van vervoer of de vergoeding van de kosten voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard, of
- u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen, of
- u aangewezen bent op geriatrische revalidatie,
- u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.

Logeren

Als u recht hebt op vergoeding voor kosten van vervoer en u hebt dit vervoer op drie of meer achtereenvolgende dagen nodig, dan kunt u kiezen voor vergoeding voor kosten van logeren. De vergoeding voor kosten van logeren bedraagt maximaal € 82 per nacht en komt gedeeltelijk in plaats van vergoeding voor vervoer.

i Let op

- Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Als Menzis u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- Als u recht heeft op vervoer of vergoeding van kosten, kunt u ook een vergoeding voor de kosten van vervoer van een eventuele begeleider krijgen, als begeleiding noodzakelijk is. Kinderen jonger dan 16 jaar hebben altijd recht op vergoeding van de reiskosten van begeleiding. In bijzondere gevallen kan Menzis de kosten van 2 begeleiders vergoeden.
- Als u gebruikmaakt van eigen vervoer, wordt de vergoeding berekend op de snelste route volgens de ANWB-routeplanner.
- Het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling wordt niet vergoed.

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage van € 113 per kalenderjaar. De eigen bijdrage is niet van toepassing op de vergoeding voor logeren.

U betaalt geen eigen bijdrage voor vervoer:

- als u bent opgenomen in een instelling op kosten van de zorgverzekering of de wet langdurige zorg en vervoerd moet worden naar een andere instelling waar u wordt opgenomen omdat u specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling nodig heeft die in die eerste instelling niet mogelijk is;
- als u bent opgenomen in een instelling op kosten van de zorgverzekering of de wet langdurige zorg en vervoerd moet worden naar een andere instelling of een persoon voor specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling op kosten van de zorgverzekering. Dit geldt alleen als die behandeling in de

eerste instelling niet mogelijk was. Dit geldt voor de heen- en terugreis;

- als u bent opgenomen in een instelling op kosten van de wet langdurige zorg en vervoerd moet worden naar andere instelling of een persoon omdat u een tandheelkundige behandeling op kosten van de wet langdurige zorg nodig heeft, die in die eerste instelling niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Het vervoer wordt verleend door een vervoersbedrijf of een particulier (bijvoorbeeld een familielid of kennis). Menzis heeft vervoersbedrijven gecontracteerd. Welke dat zijn, wordt vermeld bij het verlenen van toestemming. Bij een vervoersbedrijf dat geen overeenkomst heeft met Menzis, krijgt u € 0,90 vergoed per beladen kilometer. Bij vervoer door een particulier, krijgt u € 0,37 per kilometer.

Toestemming

U vraagt vooraf toestemming aan Menzis. Belt u met de Servicelijn Vervoer op 0317 49 20 51. Of stuur het aanvraagformulier 'ziekenvervoer' op. Het aanvraagformulier kunt u downloaden van [menzis.nl](https://www.menzis.nl). Menzis stelt vast of u toestemming krijgt en voor welk soort vervoer (openbaar vervoer, eigen vervoer of vervoer met een ander vervoermiddel) u toestemming krijgt.

Let op

Overige kosten, zoals parkeerkosten, (veer)pontkosten worden niet vergoed.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is een behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking. Een zintuiglijke beperking is een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. Bij de behandeling zijn meerdere specialisten betrokken (multidisciplinaire zorg).

De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek,
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap, en
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Welke zorg

U heeft recht op multidisciplinaire zorg (zorg waarbij verschillende specialisten betrokken zijn). U heeft die zorg nodig omdat u:

- een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend),

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 2.1

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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 942

1. Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.
2. De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen.
3. Bij verzekering tegen aansprakelijkheid wordt de verjaring in afwijking van lid 2, eerste zin, gestuit door iedere onderhandeling tussen de verzekeraar en de tot uitkering gerechtigde of de benadeelde. In dat geval begint een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig aan degene met wie hij onderhandelt en, indien deze een ander is, aan de tot uitkering gerechtigde heeft medegedeeld dat hij de onderhandelingen afbreekt.

Regeling zorgverzekering Geldend vanaf 01-01-2020

Artikel 2.30

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 2.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 0,32 per kilometer.
2. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt ten hoogste € 75 per nacht.

Regeling zorgverzekering Geldend vanaf 01-01-2021

Artikel 2.30

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 2.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 0,32 per kilometer.
2. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt ten hoogste € 76,50 per nacht.

Regeling zorgverzekering Geldend vanaf 01-01-2022

Artikel 2.30

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 2.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 0,32 per kilometer.
2. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt ten hoogste € 77,50 per nacht.
3. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.12, vierde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt 77,50 per nacht.

Regeling zorgverzekering Geldend vanaf 01-01-2023

Artikel 2.30

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 2.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 0,37 per kilometer.
2. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt ten hoogste € 82,00 per nacht.
3. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.12, vierde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 82,00 per nacht.