



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : EU/EER, België, medisch specialistische zorg, extra kosten voor verblijf op eenpersoonskamer, telefonische toezegging  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019  
Zaaknummer : 202001746  
Zittingsdatum : 23 juni 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( H.A.J. Kroon, L. Ritzema en drs. J.W. Heringa)

---

1. Partijen

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

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 24 februari 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 11 mei 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 juni 2021 gehoord.


3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering VGZ Tand Goed is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is van 30 september 2019 tot en met 23 oktober 2019 opgenomen geweest in het ziekenhuis te Brasschaat, België. Nadien heeft zij van het ziekenhuis een nota ontvangen van € 6.554,22 voor haar 'persoonlijke opleg'. Zij heeft deze nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 maart 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat het bedrag van € 6.554,22 niet wordt vergoed. Hierbij is het volgende vermeld: *"In het ziekenhuis kunt u kiezen voor extra zorg, zoals klasseverpleging. De meerkosten hiervan komen niet voor vergoeding in aanmerking."*
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tweemaal om heroverweging van deze beslissing gevraagd. In maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. In mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief, foutief gedateerd op 27 augustus 2018, haar nogmaals meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.


4. Geschil


- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 6.554,22 alsnog aan haar moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

 5. Bevoegdheid van de commissie

-  5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.


 6. Beoordeling


-  6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg alsmede die uit Verordening 883/2004 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.

-  6.2. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar een ingreep te ondergaan. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Daarom blijft de verordening in dit geval buiten toepassing. In dit verband kan nog worden opgemerkt dat indien de voorafgaande toestemming wél was gevraagd en verkregen, de kosten van de zorg zouden zijn vergoed op basis van de Belgische sociale ziektekostenverzekering. De onderhavige meerkosten zouden in dat geval (ook) voor rekening van verzoekster zijn gekomen.

-  6.3. Waar het de zorgverzekering betreft, geldt dat het Belgische ziekenhuis door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Uit het feit dat verzoekster een verklaring heeft moeten ondertekenen en een nota heeft ontvangen voor de meerkosten, maakt de commissie op dat over de vergoeding hiervan tussen de ziektekostenverzekeraar en het Belgische ziekenhuis geen afspraken zijn gemaakt. De vraag is vervolgens of op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding. Partijen verschillen niet van mening dat het antwoord hierop ontkennend luidt. Hetgeen hen verdeeld houdt, is uitsluitend of verzoekster erop mocht vertrouwen dat de kosten die samenhangen met haar verblijf op een eenpersoonskamer, zouden worden vergoed op basis van een mededeling die haar is gedaan tijdens een telefoongesprek met de ziektekostenverzekeraar op 19 augustus 2019.

**Standpunt verzoekster**

-  6.4. Verzoekster stelt in dit verband dat het Belgische ziekenhuis haar op 19 augustus 2019 heeft gebeld met de vraag of zij tijdens haar opname op een eenpersoonskamer wilde worden verpleegd. Verzoekster heeft daarna de ziektekostenverzekeraar gebeld met de vraag of aan de opname op een eenpersoonskamer extra kosten waren verbonden. De ziektekostenverzekeraar heeft haar geantwoord dat voor een opname op een eenpersoonskamer geen extra kosten in rekening worden gebracht. Alle kosten vielen onder de vergoeding op grond van de verzekering. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd dit aan haar te bevestigen, maar dat was volgens de ziektekostenverzekeraar niet nodig. Vervolgens heeft verzoekster het Belgische ziekenhuis gebeld en doorgegeven dat het niet uitmaakte waar zij zou worden verpleegd. Bij de start van de opname op 30 september 2019 heeft zij gekozen voor een eenpersoonskamer.

 Verzoekster benadrukt dat zij niet had gekozen voor verblijf op een eenpersoonskamer als zij correct was geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar. In dat geval zou zij niet zijn geconfronteerd met een bedrag van € 6.554,22 dat voor haar rekening blijft. Dat voornoemd telefoongesprek heeft plaatsgevonden, staat volgens verzoekster vast. Uit de door haar overgelegde verbruiksspecificatie van haar telecomverstrekker blijkt dat zij op 19 augustus 2019 om 11:22 uur gedurende 6:49 minuten heeft gebeld met de ziektekostenverzekeraar.

Verzoekster heeft ter zitting verklaard dat zij de ziektekostenverzekeraar tijdens het desbetreffende telefoongesprek heeft gevraagd waar zij kon gaan liggen, en dat de ziektekostenverzekeraar haar heeft gezegd dat zij 'kan gaan liggen waar zij wil'. Zij heeft dit direct na beëindiging van het gesprek verteld aan de twee vriendinnen die op dat moment bij haar op bezoek waren. Zij heeft de commissie aangeboden alsnog verklaringen van deze vriendinnen over te leggen.

Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar geen opname of notitie van het desbetreffende telefoongesprek heeft. Hierdoor brengt hij verzoekster in bewijsnood.


### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. Het Belgische ziekenhuis is door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Voor bepaalde behandelingen hoeft daarom geen toestemming te worden gevraagd en de kosten van deze behandelingen worden door het ziekenhuis rechtstreeks gedeclareerd. Voor de behandeling van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten vergoed volgens het Belgische tarief. De vergoeding bedraagt € 18.784,68. Eventuele meerkosten betalen patiënten aan het ziekenhuis. Het gaat dan om kosten die niet vallen onder de verzekerde zorg. Het ziekenhuis laat de patiënten bij opname tekenen voor eventuele extra kosten. De keuze voor een eenpersoonskamer heeft namelijk ook gevolgen voor de honoraria van zorgverleners. Verzoekster heeft op 30 september 2019 de opnameverklaring ondertekend. Zij was op dat moment dus op de hoogte van de extra kosten die het gevolg waren van haar keuze. Zij heeft hierover verder geen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar.


Van het telefoongesprek op 19 augustus 2019 is geen registratie in de administratie van de ziektekostenverzekeraar voorhanden. Er is dus ook geen registratie van een toezegging. De ziektekostenverzekeraar betwist niet dat het gesprek heeft plaatsgevonden, maar kan niet vaststellen wat de inhoud hiervan is geweest. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het wel de bedoeling is dat elke vraag van een verzekerde apart wordt vastgelegd. Als extra informatie wordt gegeven of gevraagd, of als een toezegging wordt gedaan, dient de medewerker dit apart te vermelden. Als betrokkene expliciet vraagt om een schriftelijke bevestiging, dan komt de ziektekostenverzekeraar hieraan tegemoet. Als dit bij verzoekster niet is gebeurd, dan is dit niet de juiste gang van zaken.

### Overwegingen

- 6.6. De gemachtigde van verzoekster heeft eerst tijdens de mondelinge behandeling aangeboden een verklaring van twee getuigen over te leggen omtrent de gestelde toezegging. Verzoekster heeft niet eerder een bewijsaanbod gedaan en evenmin aannemelijk gemaakt dat het aanbod om twee getuigenverklaringen over te leggen, niet eerder mogelijk was. De commissie oordeelt dat voornoemd bewijsaanbod te laat is gedaan. Het is in strijd met een goede procesorde om in een zo laat stadium van de procedure voor het eerst een dergelijk bewijsaanbod te doen. Ten overvloede merkt de commissie op dat het op de weg van verzoekster, bijgestaan door een professionele gemachtigde, had gelegen om het desbetreffende bewijsaanbod eerder te doen.
- 6.7. In het algemeen geldt dat het lastig is van een telefoongesprek de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren. De commissie overweegt dat, gelet op artikel 150 van het Wetboek Burgerlijke Rechtsvordering, de stelplicht en bewijslast met betrekking tot de toezegging op verzoekster rusten, omdat zij degene is die zich beroept op de mededeling die tijdens het gesprek zou zijn gedaan. In dat verband is onvoldoende dat door haar is aangetoond dat op 19 augustus 2019 een telefoongesprek heeft plaatsgevonden met de ziektekostenverzekeraar. Gelet op de gemotiveerde betwisting van een telefonisch gedane toezegging door de ziektekostenverzekeraar, zal verzoekster aannemelijk moeten maken dat bij die gelegenheid een eenduidige en onvoorwaardelijke toezegging is gedaan die inhoudt dat de meerkosten worden vergoed in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster is hierin niet geslaagd.
- 6.8. Daarbij neemt de commissie in aanmerking dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet is bestreden, dat zij op 30 september 2019 een opnameverklaring heeft




ondertekend. Aan de hand hiervan had voor verzoekster duidelijk moeten zijn dat de meerkosten voor haar rekening zouden blijven, hetgeen in ieder geval reden had moeten zijn tot verdere navraag, hetzij bij het ziekenhuis hetzij – opnieuw – bij de ziektekostenverzekeraar. Daarbij wist verzoekster, althans had zij kunnen weten, dat de vergoeding was gebaseerd op de voorwaarden van de zorgverzekering, een verzekering die geen dekking kent voor de kosten die samenhangen met klassenverpleging.




6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 1 juli 2021,



L. Ritzema

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

## 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.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### 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.

---

## 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 zeven 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 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
      - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
      - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
    - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde



- embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
  - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
  - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
  - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
  - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

**Hier kunt u terecht**

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

**Bruikleen**

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel in bruikleen? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

**Verwijsbrief nodig van**

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig heeft. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

**Toestemming**

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

**Extra informatie**

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen heeft ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

**VERBLIJF IN EEN INSTELLING****Artikel 37. Verblijf****Dit krijgt u vergoed**

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 14.1), medisch specialistische zorg (artikelen 15 tot en met 22), gespecialiseerde GGZ (artikel 25) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 31 en artikel 32) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg. Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die intensieve kindzorg nodig hebben zoals omschreven in artikel 13, Verpleging en verzorging.

Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar.

**Eigen risico**

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

**Hier kunt u terecht**

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling.

Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend.

Het verblijf in verband met intensieve kindzorg mag plaatsvinden in een kindzorghuis. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een instelling waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Voor verblijf in verband met intensieve kindzorg mag een kinderarts of kinderverpleegkundige, niveau 5 een voorschrift afgeven.

Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 31, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

#### Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg (artikel 15), revalidatie (artikel 16.1), plastische en/of reconstructieve chirurgie (artikel 20), gespecialiseerde GGZ (artikel 25) en mondzorg (artikel 31 en 32) als dit in het betreffende zorgartikel is aangegeven. Kijk voor meer informatie in het betreffende zorgartikel.

## ZIEKENVERVOER

### Artikel 38. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

#### Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op:

1. Medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
  - a. Naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
  - b. Naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
  - c. Als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
  - d. Vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel in punt 1b, naar:
    - Een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
    - Een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt.
  - e. Naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel in punt 1a tot en met 1d;
2. Zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder of instelling als bedoeld onder punt 1a, 1b of 1d of een woning als bedoeld onder punt 1e. U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:
  - a. Voor nierdialyses en voor de consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling
  - b. Voor oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie en voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling
  - c. Als u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen
  - d. Als uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

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

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