



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden

Zaak : Hulpmiddelenzorg, hulphond, intrekken verleende machtiging, doelmatigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.12 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201901390

Zittingsdatum : 3 juni 2020

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

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 26 september 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 december 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 11 december 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 7 mei 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019062490) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 8 mei 2020 aan partijen gestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij die gelegenheid gevraagd het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek te verrichten en de commissie uiterlijk 26 mei 2020 te informeren over de uitkomst hiervan.
De ziektekostenverzekeraar heeft hieraan geen gevolg gegeven binnen de door de commissie gestelde termijn, noch tijdig en gemotiveerd om uitstel verzocht.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juni 2020 gehoord. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij het nader onderzoek weliswaar intern had uitgezet, maar de uitkomst nog niet had ontvangen. Om die reden is door hem om uitstel verzocht. Verzoeker heeft zich verzet tegen het toestaan van een nadere termijn.
De commissie heeft tijdens de hoorzitting aan partijen laten weten dat zij zich zal beraden op het verzoek van de ziektekostenverzekeraar. Op 4 juni 2020 heeft de commissie aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de eisen van een goede procesorde zich verzetten tegen het toestaan van een nadere termijn. De onderhavige zaak kent al een zeer uitgebreide voorbereidingsfase en loopt al geruime tijd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen reden aangevoerd die een extra termijn rechtvaardigt. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen om reeds bij de eerste beoordeling onderzoek te doen en zijn afwijzende beslissing deugdelijk te onderbouwen. Dit geldt te meer nu aanvankelijk een machtiging is verleend en vervolgens alsnog een afwijzing is gezonden naar verzoeker.
Een kopie van de brief van 4 juni 2020 is ter kennisneming aan verzoeker gezonden.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 4 juni 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 5 juni 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoeker lijdt aan hereditaire spastische paraparese. Dit is een erfelijke aandoening, veroorzaakt door het verminderd functioneren van de afdalende zenuwbaan in het ruggenmerg. Het uit zich in een toenemende spasticiteit in beide benen. Hierdoor ondervindt verzoeker beperkingen. Zijn echtgenote verleent daarom mantelzorg aan hem. Zij verleent echter ook mantelzorg aan hun zoon, die de zelfde aandoening heeft. Verzoeker heeft een aanvraag ingediend voor een hulphond.

3.3. De behandelend revalidatiearts heeft op 29 januari 2019 over verzoeker verklaard: *“Functionele beperkingen/symptomen: spastisch, moeizaam alleen kleine stukjes lopen, kan niet bukken, verminderde handfunctie”*. Als relevante medische diagnose heeft de revalidatiearts vermeld: *“HSP type 3A”*.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 mei 2019 aan verzoeker meegedeeld akkoord te gaan met de verstrekking in bruikleen van een hulphond.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 mei 2019 aan verzoeker meegedeeld dat hij op 15 mei 2019 ten onrechte toestemming heeft verleend voor de verstrekking van een hulphond. Daarom trekt de ziektekostenverzekeraar deze toestemming in. Achteraf beschouwd ziet de ziektekostenverzekeraar een hulphond in het geval van verzoeker niet als doelmatige zorg.

3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

3.7. Bij brief van 7 mei 2020 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

“(…)

Uit de verkregen informatie blijkt niet duidelijk waarbij de echtgenote verzoeker precies helpt. Hierdoor is ook niet duidelijk of, als de hulphond een onderdeel van een taak zou overnemen, verzekerde daadwerkelijk zelfstandig zou worden in de uitvoering van die (ADL-)handeling.

(…)

Aan te raden is om hierover navraag te doen bij de ergotherapeut.

(…)

Wat betreft de zelfzorg lijken ook nog eenvoudige aanpassingen mogelijk, waardoor verzoeker zelfstandiger kan functioneren.

(…)

De medisch adviseur is het niet eens met verweerder, dat verzoeker in alle gevallen adequaat gebruik zou kunnen maken van een rollator al dan niet met elleboogsteunen en/of sleeprem. Immers de paresten bevinden zich in de benen, en er is sprake van spasme in de benen, zodat de kans dat verzoeker hierdoorheen zakt of uit balans raakt aanwezig is, waarbij een val niet ondervangen kan worden met steunen op een rollator (aangezien daarbij nog flink wat beenfunctie benodigd is). Dit kan wel met steunen op krukken (waarvoor alleen steunfunctie van de benen nodig is en het handhaven van de positie met de armen en deels de romp opgevangen kan worden). Dit betekent dan ook dat verzoeker met krukken niet zware bagage mee kan nemen. Bij twijfel over de functionaliteit van de verschillende spiergroepen zou hierover een rapportage van de fysiotherapeut opgevraagd kunnen worden.

(…)

Op grond van de beschikbare gegevens zijn de functionele beperkingen van verzoeker, die relevant zijn voor de aanspraak op een ADL-hond: beperkingen in het lopen, in het veranderen en handhaven van de lichaamshouding en in het gebruik van hand en arm.

Voor zover nu te objectiveren zou met inzet van een ADL-hond de zelfstandigheid van verzoeker kunnen worden vergroot in de volgende activiteiten:

- het meenemen van zware voorwerpen/bagage;
- het aanreiken van krukken en laag gelegen voorwerpen;
- het uittrekken van de steunkousen (broek en sokken, misschien ook schoenen);
- het bedienen van liftknoppen, zodat verzoeker minder lang hoeft te staan wachten;
- het terugduwen van de voet wanneer die naar buiten is gedraaid, dat pijnlijk is.

Uitgaande van het aanvraagformulier hulphond van de ergotherapeut van 21 januari 2019 komt de compensatie door een ADL-hond neer op ruim 8 uur per week ADL. De hierin genoemde tijden lijken redelijk.

Er zijn geen aanwijzingen dat de medische situatie van verzoeker de komende jaren zal veranderen, waardoor hij niet meer in staat zal zijn om gebruik te maken van een ADL-hond of niet meer in staat zal zijn deze te verzorgen.

Conclusie

Ook bij inzet van een ADL-hond blijven meerdere uren per week over waarvoor verzoeker hulp van een ander nodig heeft. Uit de gegevens komt naar voren dat [de ADL-hond] ruim 8 uren per week (...) kan overnemen [teneinde] verzekerde zelfstandiger [te] maken in zijn ADL en mobiliteit buitenshuis.

(...)

Indicatievereiste

(...)

Mede vanwege de hoge kosten verbonden aan de verstrekking van een ADL-hond is vereist dat een ADL-hond een substantiële bijdrage levert aan het vergroten van de zelfstandigheid van de verzekerde en dat de verzekerde substantieel minder beroep doet op zorg.

Het Zorginstituut ziet het criterium 'vermindering van het beroep op zorgondersteuning' niet als een zelfstandig criterium, maar als een nadere uitwerking van het criterium 'vergroting van de zelfstandigheid'.

Bij de beantwoording van de vraag of de verzekerde is aangewezen op een ADL-hond gaat het uiteindelijk om de individuele beoordeling van de aanvraag op grond van de individuele omstandigheden.

Voorliggende regelingen

(...)

Een hulpmiddel, zoals een ADL-hond, is geen voorziening vanuit de Wmo 2015. Huishoudelijke hulp is een voorziening vanuit de Wmo 2015. Dit betreft een andersoortige vorm van zorg of ondersteuning. Daarmee is geen sprake van een (te weten: dezelfde) vorm van zorg, die kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift, zoals bedoeld in art. 2.1, eerste lid, van het Bzv, bij aanvraag van een ADL-hond.

Het is wel zo, dat een ADL-hond naast een bijdrage aan de mobiliteit en de ADL van de verzekerde, een bijdrage kan leveren aan het verrichten van huishoudelijke taken.

(...)

Advies van het Zorginstituut

Het Zorginstituut komt op grond van bovenstaande tot de conclusie dat verweerder zijn afwijzing dient te heroverwegen. Het Zorginstituut adviseert u om verweerder nader onderzoek te laten doen, in ieder geval in hoeverre inzet van een ADL-hond daadwerkelijk het beroep op (mantel)zorg van verzoeker vermindert. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek kan verweerder dan een besluit nemen of verzoeker is aangewezen op een ADL-hond."


4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:


- (i) de ziektekostenverzekeraar de verleende toestemming niet mocht intrekken;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar alsnog de hulphond moet verstrekken.

 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 4.6 van de zorgverzekering en artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering.


 6. Beoordeling


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


Zorgverzekering


 6.2. Verzoeker lijdt aan met hereditaire spastische paraparese. Hij heeft hierdoor beperkingen bij het lopen en is aangewezen op het gebruik van krukken en een scootmobiel. Daarnaast heeft hij een beperkte handfunctie, kan hij niet bukken en ondervindt hij beperkingen in de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Zijnechtgenote verleent hem mantelzorg. Een hulphond zou per week tien uren zorg van haar kunnen overnemen. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan de echtgenote van verzoeker worden ontlast door de inzet van vrijwilligers, maar dat is volgens hem slechts een tijdelijke oplossing.

 6.3. De door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde rollator is voor verzoeker geen optie. Hij heeft dit hulpmiddel in het verleden al geprobeerd. Een rollator loopt van hem weg. Ook heeft verzoeker moeite zijn evenwicht te bewaren, waardoor hij niet even los kan staan om de rollator op te tillen, bijvoorbeeld om een stoep op of af te gaan. Teneinde obstakels te vermijden, zou verzoeker moeten omlopen, en dat is iets wat hij niet kan. Verzoeker heeft ook al hulpmiddelen geprobeerd voor het aan- en uitkleden en specifiek voor het aan- en uittrekken van steunkousen, maar deze waren voor hem ongeschikt, omdat hij de benodigde kracht in de benen mist.

 6.4. Het op andere tijden douchen is wel mogelijk. Hierdoor wordt dan echter weer iets door zijn lichamelijke handicap voor verzoeker bepaald. Verzoeker merkt in dit verband op dat hij, buiten zijn lichamelijke handicap, een gezonde man is met een gezinsleven en hobby's.

 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag in eerste instantie toegewezen. Nadat verzoeker de ziektekostenverzekeraar had gebeld om door te geven dat hij blij was met de toewijzing, heeft de ziektekostenverzekeraar deze alsnog ingetrokken. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is verzoeker van mening dat als hij een brief krijgt van de ziektekostenverzekeraar, hij ervan uit mag gaan dat de inhoud correct is.

 6.6. Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker toegelicht dat hij in de keuken gebruik maakt van een trippelstoel, maar dat hij deze niet kan gebruiken voor verplaatsingen. Hij zou graag een bijdrage leveren aan het huishouden. Een hulphond zou hem bij veel handelingen, waarbij zijn echtgenote hem nu nog helpt, kunnen ondersteunen. Daarnaast kosten allerlei activiteiten hem veel energie. Met de inzet van een hulphond zal hij energie overhouden.

 6.7. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hulphond. Een hulphond is in zijn situatie geen doelmatige zorg.

Een substantiële vermindering van het beroep op (professionele) zorgondersteuning is niet aan de orde, omdat verzoeker geen gebruik maakt van thuiszorg. Aan het criterium dat door inzet van de hulphond een zodanige vermindering zal optreden wordt dus niet voldaan. Het afleggen van een huisbezoek is niet zinvol, omdat de feitelijke situatie hierdoor niet verandert.

De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de echtgenote van verzoeker het erg druk heeft om haar man en zoontje te helpen. Het ontlasten van een mantelzorger vormt, hoe gewenst dit ook kan zijn, echter geen indicatie voor toewijzing van een hulphond.

- 6.8. Een hulphond kan allerlei taken in het huishouden overnemen, maar dat wil volgens de ziektekostenverzekeraar niet zeggen dat die taken ook noodzakelijkerwijs door een hulphond moeten worden uitgevoerd in het kader van de zorgvraag van verzoeker. Bij het ondersteunen van huishoudelijke hulp is volgens de ziektekostenverzekeraar het domein van de Wet maatschappelijke ondersteuning voorliggend.
- 6.9. Verzoeker is voor zijn mobiliteit niet aangewezen op de hulphond. Hij rijdt auto en gebruikt een scootmobiel. Hij loopt zelfstandig met krukken. De problemen die verzoeker heeft bij het zelfstandig lopen met krukken zijn mogelijk op te lossen met voorliggende en goedkopere alternatieven, zoals bijvoorbeeld een rollator eventueel met elleboogsteunen.
- 6.10. Wat de intrekking van de machtiging betreft, heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar verklaard dat zij op maandag 20 mei 2019 telefonisch contact heeft gehad met verzoeker. Tijdens dit gesprek is ook de brief van 15 mei 2019 besproken. Op 21 mei 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen met verzoeker. Tijdens dit gesprek is aan verzoeker meegedeeld dat de abusievelijk verleende machtiging werd ingetrokken en dat een aangetekende brief hierover onderweg was.
- 6.11. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de vraag is of bij een afname van acht uren per week kan worden gesproken van een substantiële afname van zorg. Hierbij zal de afname van mantelzorg moeten worden meegewogen, zo blijkt uit het advies van het Zorginstituut. Ook de opmerking van het Zorginstituut over de eventuele inzet van huishoudelijke hulp moet worden beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar gaat mee in de opmerking van het Zorginstituut dat een rollator met sleeprem geen optie is voor verzoeker. Maar voor andere handelingen zijn mogelijk nog wel hulpmiddelen beschikbaar. Dit moet nog worden onderzocht.
- 6.12. De commissie overweegt het volgende. Partijen zijn het erover eens dat een hulphond tot de verzekerde prestaties behoort. Een (verzekerings)indicatie is aanwezig, als de inzet van de hulphond een substantiële bijdrage levert aan de mobiliteit en de algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen van betrokkene. Hiermee wordt de zelfstandigheid van betrokkene vergroot. Evenals het Zorginstituut ziet de commissie het criterium 'vermindering van het beroep op zorgondersteuning' niet als een apart criterium, maar als een uitwerking van de eis dat met de inzet van het hulpmiddel de zelfstandigheid van betrokkene wordt vergroot. Het een volgt immers logischerwijs op het ander. Daarbij blijft de vermindering niet beperkt tot de professionele zorgondersteuning, maar moet ook worden gekeken naar de afname van de inzet van mantelzorg. Is een indicatie aanwezig, dan geldt tot slot dat verstrekking van de hulphond doelmatig moet zijn. Hierbij speelt een rol dat een hulphond een dure voorziening is, en dat moet worden gekeken of de bestaande problematiek eventueel met de inzet van andere – goedkopere – hulpmiddelen kan worden opgelost.
- 6.13. Verzoeker heeft gesteld dat zijn echtgenote veel huishoudelijke taken verricht die hij niet kan uitvoeren door zijn beperkingen. Een hulphond kan hierbij behulpzaam zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader aangevoerd dat de Wmo 2018 een andere, voorliggende, wettelijke voorziening is zodat geen aanspraak bestaat op grond van de zorgverzekering. Zoals het Zorginstituut in zijn advies van 7 mei 2020 heeft toegelicht, kan een hulphond (ook) worden ingezet bij huishoudelijke taken. Voor zover de hond echter een bijdrage levert aan de mobiliteit en de algemene dagelijkse levensverrichtingen van een verzekerde, en hiermee diens zelfstandigheid vergroot, is geen sprake van een voorliggende voorziening zoals bedoeld in artikel

2.1, eerste lid, Bzv. Omdat in dit geval de inzet van de hulphond niet beperkt is tot huishoudelijke taken, faalt het argument van de ziektekostenverzekeraar.

- 6.14. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 7 mei 2020 geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren naar de vergroting van de zelfstandigheid van verzoeker bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen en mobiliteit buitenshuis door inzet van een hulphond. De commissie heeft dit advies gevolgd, en de ziektekostenverzekeraar verzocht het nader onderzoek uit te voeren en de commissie uiterlijk 26 mei 2020 te informeren over de uitkomst hiervan. Binnen de gestelde termijn werd echter geen informatie omtrent het nadere onderzoek ontvangen. Daarom gaat de commissie af op de informatie die in het dossier aanwezig is.
- 6.15. Verzoeker heeft voldoende onderbouwd bij welke andere dan huishoudelijke taken een hulphond hem kan ondersteunen. Daarmee is een indicatie op basis van de zorgverzekering aanwezig. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat wellicht hulpmiddelen kunnen worden ingezet, waarbij met name het gebruik van een rollator is genoemd. Het Zorginstituut heeft de mogelijkheid van inzet van dit hulpmiddel echter verworpen in zijn voorlopig advies van 7 mei 2020. Dit voorlopig advies is hierna definitief geworden. Of verzoeker gebruik zou kunnen maken van andere hulpmiddelen had kunnen blijken uit het gevraagde nader onderzoek. Nu de commissie de uitkomst van het nader onderzoek niet heeft ontvangen, kan zij dit niet betrekken bij de beoordeling van het onderhavige geschil. Verzoeker heeft bovendien goed onderbouwd dat het beroep op zorgondersteuning door de inzet van een hulphond met ongeveer tien uren per week zal afnemen. Het Zorginstituut komt in voornoemd advies tot een afname van het beroep op zorgondersteuning tot acht uren per week. De commissie oordeelt - gelet op de onderbouwing door verzoeker van zijn aanvraag, en gelet op de inhoud van het advies van het Zorginstituut – dat aannemelijk is dat inzet van een hulphond in de situatie van verzoeker doelmatige zorg is.
- 6.16. Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar een hulphond aan verzoeker dient te verstrekken. Gelet hierop hoeft niet nader te worden ingegaan op het eerste onderdeel van het verzoek, te weten de vraag of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was de door hem verleende machtiging in te trekken.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.17. Aangezien het verzoek op grond van de zorgverzekering wordt toegewezen, blijft de aanvullende ziektekostenverzekering verder onbesproken.
- 6.18. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
(i) de ziektekostenverzekeraar een hulphond aan verzoeker dient te verstrekken;
(ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 17 juni 2020,



mr. L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Geldend van 01-01-2019 t/m heden

Artikel 37

- 1** Tenzij anders is bepaald, kunnen verklaringen, met inbegrip van mededelingen, in iedere vorm geschieden, en kunnen zij in een of meer gedragingen besloten liggen.
- 2** Indien bepaald is dat een verklaring schriftelijk moet worden gedaan, kan zij, voor zover uit de strekking van die bepaling niet anders volgt, ook bij exploit geschieden.
- 3** Een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Nochtans heeft ook een verklaring die hem tot wie zij was gericht, niet of niet tijdig heeft bereikt, haar werking, indien dit niet of niet tijdig bereiken het gevolg is van zijn eigen handeling, van de handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt.
- 4** Wanneer een door de afzender daartoe aangewezen persoon of middel een tot een ander gerichte verklaring onjuist heeft overgebracht, geldt het ter kennis van de ontvanger gekomen als de verklaring van de afzender, tenzij de gevolgde wijze van overbrenging door de ontvanger was bepaald.
- 5** Intrekking van een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon eerder dan of gelijktijdig met de ingetrokken verklaring bereiken.

Regeling zorgverzekering

Geldend van 02-10-2019 t/m heden

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in [artikel 2.8](#);
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in [artikel 2.9](#);
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in [artikel 2.10](#);
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in [artikel 2.11](#);
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in [artikel 2.12](#);
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in [artikel 2.13](#);
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [Red: vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in [artikel 2.16](#);
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in [artikel 2.17](#);
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in [artikel 2.18](#);
- l. injectiespuiten als omschreven in [artikel 2.19](#);

- m.** uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n.** uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o.** uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p.** draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q.** [Red: vervallen;]
- r.** hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s.** uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t.** hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u.** [Red: vervallen;]
- v.** [Red: vervallen;]
- w.** [Red: vervallen;]
- x.** [Red: vervallen;]
- y.** uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z.** [Red: vervallen;]
- aa.** [Red: vervallen;]
- bb.** [Red: vervallen;]
- cc.** [Red: vervallen;]
- dd.** [Red: vervallen;]
- ee.** [Red: vervallen;]
- ff.** [Red: vervallen;]
- gg.** [Red: vervallen;]

hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

Regeling zorgverzekering

Geldend van 02-10-2019 t/m heden

Artikel 2.12

- 1** Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel e, omvatten:
 - a.** hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, toe te passen bij een ernstige aandoening, waarop de verzekerde permanent en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen.
 - b.** hulpmiddelen, niet zijnde een hulpmiddel voor verzorging en verpleging op bed als omschreven in artikel 2.17, ter compensatie van beperkingen bij het:
 - 1°.** lopen;
 - 2°.** gebruiken van hand en arm;
 - 3°.** veranderen en handhaven lichaamshouding;
 - 4°.** zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang;
 - 5°.** gebruik van communicatieapparatuur.
- 2** In het geval van rolstoelen, drempelhulpen, transferhulpmiddelen en hulpmiddelen voor het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang gaat het om zorg voor een beperkte of onzekere duur.
- 3** De zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat niet
 - a.** hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken;
 - b.** eenvoudige hulpmiddelen te gebruiken bij beperkingen bij het eten en drinken;
 - c.** aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, waarbij de aanpassing uitsluitend een sta-opsysteem betreft;

- d.** eenvoudige hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lopen.
- 4** Voor ADL-honden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

Besluit zorgverzekering

Geldig van 26-06-2019 t/m heden

Artikel 2.9

- 1** Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a.** in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b.** vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.

- 2** De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

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

Geldig van 26-06-2019 t/m heden

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.

Artikel 7 Specifieke bepalingen per hulpmiddelensoort

Tabel 1: Specifieke bepalingen per hulpmiddelensoort

Omschrijving medisch hulpmiddel	Artikel volgens Regeling zorgverzekering	Specifieke bepaling voor hulpmiddelensoort
Aan-/uittrekhelp	2.6 m	Voor een elektrische aan-/uittrekhelp heeft u vooraf toestemming nodig.
Verpleeghulpmiddelen : gerelateerd aan stoornissen in het bewegingsysteem of verzorging/verpleging op bed Hoog-Laag bedden AD matrassen AD-zitkussen Badplank Bedhekken Bed-rugsteun Bed-tafels Bed-verlengers Dekenbogen Douchestoel Ondersteek Transferhulpmiddelen Tillift Toiletstoel	2.6.j; 2.17 of 2.6.e; 2.12	De genoemde uitleenhulpmiddelen kennen als voorschrijver naast de medisch specialist en huisarts een wijkverpleegkundige en onafhankelijke transferverpleegkundige. Op basis van de medische indicatie kan men voor genoemde hulpmiddelen in aanmerking komen voor kortdurende zorg of langdurig gebruik. Bij kortdurende uitleen geldt een gebruik in beperkte duur van 30 weken. Bij hulpmiddelen die samenhangen met persoonlijke verzorging, zijnde douche-bad artikelen of een tillift is er geen aanspraak ten laste van de ZVW als er sprake is van langdurig gebruik. Deze vallen onder aanspraak van de Wmo.
ADL-hulphonden toebehoren	2.6.e; 2.12	ADL honden zijn inzetbaar voor Activiteiten in het Dagelijks Leven. Een ADL-hulphond is getraind om iemand met een lichamelijke beperking te assisteren bij allerlei dagelijkse handelingen. Voor ADL-honden geldt dat een tegemoetkoming wordt verleend voor redelijk te achten gebruikskosten. De gebruikskosten zijn redelijkerwijs vastgesteld per kwartaal per verzekerde op een tegemoetkoming in de gebruikskosten van € 250,00. Indien meer verbruikt wordt dan redelijkerwijs is aangegeven, geldt een beoordeling door adviserend geneeskundige en zonder toestemming van Zorg en Zekerheid zijn de kosten voor eigen rekening.

Rubriek A

Algemene voorwaarden

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1 Grondslag van de zorgverzekering

Deze zorgverzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de bijbehorende toelichtingen van onderdelen a, b en c;
- e. de gegevens die u bij het afsluiten van de verzekering aan ons heeft doorgegeven.

De zorgverzekeringsovereenkomst is vastgelegd in uw zorgpolis en deze polisvoorwaarden. Op het polisblad worden de verzekerde(n) en de gesloten zorgverzekering(en) vermeld. Wanneer wij uw aanvraag hebben verwerkt ontvangt u zo snel mogelijk uw verzekeringsbewijs in de vorm van een polisblad en verzekeringspas. In het vervolg ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuw polisblad.

Op vertoon van uw verzekeringspas kunt u zorg, waarop u op basis van deze polis recht heeft, ontvangen door een door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener (zie artikel 1.5). In de zorg geldt daarnaast de identificatieplicht.

Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. De Zvw, het Besluit zorgverzekeringen en de Regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen van deze zorgverzekeringsovereenkomst.

1.2 Voor wie

Deze zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen. De aanspraak op zorg en de vergoeding van de kosten van zorg geldt voor alle verzekerden woonachtig in Nederland en voor de in het buitenland wonende verzekerden.

1.3 Vorm van de zorgverzekering

De Zorg Zeker Polis is een naturaverzekering van Zorg en Zekerheid. Dit betekent dat u op basis van deze zorgverzekering recht heeft op zorg in natura. Met zorg in natura bedoelen wij dat u zorg ontvangt van een door ons gecontracteerde zorgverlener.

1.4 Inhoud en omvang van de zorgverzekering

U heeft recht op zorg, of de vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in deze polisvoorwaarden als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Wanneer dit ontbreekt, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

1.5 Wie mag de zorg verlenen

1.5.1 Gecontracteerde zorgverlener

Zorg in natura wordt verleend door een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: dit heet een gecontracteerde zorgverlener.

Wanneer u zorg omschreven in rubriek B nodig heeft kunt u zich richten tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht met gecontracteerde zorgverleners vindt u op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker. Ook kunt u contact met ons opnemen via telefoonnummer (071) 5 825 825 of bezoek één van onze winkels.

De gecontracteerde zorgverlener ontvangt de vergoeding van de kosten van de geleverde zorg rechtstreeks van ons.

Voor de zorg genoemd in Rubriek B sluit Zorg en Zekerheid met zorgverleners contracten. In deze overeenkomsten maken wij afspraken over prijs, kwaliteit, doelmatigheid, de wijze van declareren en de voorwaarden waaronder zij de zorg kunnen verlenen.

van toepassing. Dit betekent dat er een limiet aan de vergoeding zit. Alles boven deze limiet, tot een bedrag van € 250,00 per jaar, komt hierdoor voor uw rekening. Deze bijbetaling telt niet mee voor het verplicht of vrijwillig eigen risico.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet gecontracteerde zorgverlener ga?

Ten aanzien van geneesmiddelen, geleverd door een niet-gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts of medisch gespecialiseerde farmaceutische leverancier, vindt een kostenvergoeding plaats van 80% van de vergoedingsprijs van het geneesmiddel en het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners is in te zien op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825.

19.3 Dieetpreparaten

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) en het daarbij behorende advies en de begeleiding. Als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis hebt;
- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft;
- op het dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

U heeft bij dieetvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:

- de eerste levering (waaronder een smaakpakket) is voor maximaal 1 maand;
- eventuele (automatische) vervolgafliveringen zijn voor maximaal 1 maand;
- de levering van dieetvoeding vindt plaats per stuk of per kleinste handelsverpakking;
- de aflevering van dieetpreparaten en/of toedieningssystemen inclusief toebehoren vindt plaats op het huisadres van de verzekerde, binnen 24 uur na bestelling;

Wat zijn de voorwaarden?

- sondevoeding dient te worden geleverd door een medisch gespecialiseerde leverancier;
- de 'Verklaring dieetpreparaten Zorg en Zekerheid', dient in aanvulling op het landelijke ZN formulier voor dieetpreparaten znformulieren.nl te zijn ingevuld door een diëtist of medisch specialist en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan;
- bij het eerste voorschrift bedraagt het gebruik van dieetpreparaten maximaal een periode van 1 maand;
- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer de "Verklaring dieetpreparaten van Zorg en Zekerheid" is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor de vergoeding van dieetpreparaten na 1 maand, moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben van Zorg en Zekerheid;
- voor de vergoeding van zuigelingenvoeding na 1 maand, moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben van Zorg en Zekerheid.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet gecontracteerde zorgverlener ga?

Ten aanzien van dieetpreparaten, geleverd door een niet-gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts of medisch gespecialiseerde farmaceutische leverancier, vindt een kostenvergoeding plaats van 80% van de vergoedingsprijs van het geneesmiddel en het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners is in te zien op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825.

Artikel 20 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak of vergoeding wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via

zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verstrekking van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- het hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid;
- aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;
- het hulpmiddel moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts;
- voor verbandmiddelen moet samen met de eerste nota een medische noodzakelijkheidverklaring van de huisarts of medisch specialist worden ingediend.

Waar heb ik geen recht op?

- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een Wlz instelling waar hij verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij aflevering van hulpmiddelen en verbandmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats van 80% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden:

- vervoer per ambulance, hiervan is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance;
- zittend ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of (eigen) auto.

21.2 Ambulancevervoer

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid schriftelijke toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ziekenvervoer:

- naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;
- naar een zorgverlener 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;
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling:
 - waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt.
- naar uw eigen woning (of naar een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen) als u komt van een zorgverlener/zorginstelling zoals bedoeld onder a t/m d.

Wat moet ik nog meer weten?

Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar, betreft. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan.

21.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer in de laagste klasse, vervoer per (eigen) auto of taxi) van en naar een zorgverlener of zorginstelling over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.