

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202402266

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft op 11 februari 2025 telefonisch gevraagd om een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Dit is, eveneens op 11 februari 2025, schriftelijk aan hem bevestigd. Op 13 februari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 3 april 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 3 april 2025, aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 20 mei 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025009767) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 mei 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 2 juli 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 9 juli 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 mei 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 10 juli 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar om vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer per eigen vervoer gevraagd in verband met longrevalidatie gedurende een periode van 9 weken.
- 2.3. Bij brief van 18 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

- 2.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 20 december 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft
- 2.4. Bij brief van 20 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 10 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de kosten van het zittend ziekenvervoer per eigen vervoer in het kader van longrevalidatie aan hem dient te vergoeden.
- 3.2. In verband met longrevalidatie moest verzoeker drie keer per week, gedurende een periode van 9 weken, over een afstand van ongeveer 50 km reizen. Verzoeker heeft op 28 oktober 2024 een aanvraag voor vergoeding van zittend ziekenvervoer per eigen vervoer bij de zorgverzekeraar ingediend. In de aanvraag is te lezen dat deze is gedaan in het kader van GZSP-dagbehandeling (Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen) in een groep. Verzoeker heeft met de aanvraag een medische verklaring van zijn behandelend arts gestuurd.
- 3.3. Verzoeker heeft in zijn brief van 4 december 2024, gericht aan de zorgverzekeraar, toegelicht dat hij onder de categorie GZSP valt, waarbij hij heeft verwezen naar de website van de zorgverzekeraar. Bij brief van 24 december 2024, gericht aan de commissie, heeft verzoeker een kopie van de tekst op de website en het schema van zijn fysiotherapiebehandelingen overgelegd.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker aangevoerd dat het hem gaat om het antwoord op de vraag of hij tot de categorie GZSP behoort. Hij heeft daarom ook contact opgenomen met de Zorgautoriteit. Deze kon hem geen duidelijkheid geven. Er werd hem meegedeeld dat het eraan ligt hoe het ziekenhuis declareert. Hij heeft ook op de website van de ziektekostenverzekeraar gekeken. Daar staan enkele criteria voor het recht op vergoeding van de kosten van eigen vervoer, zoals: *‘Verzekerden die zijn aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel zijn van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.’*
- 3.5. Verzoeker heeft verklaard dat hij chronisch ziek is. Hij heeft COPD-4 en dat is een progressieve ziekte. Daarom zou hij in aanmerking moeten komen voor vergoeding. Hij heeft ook een onderbouwing van zijn arts aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Verzoeker wenst te benadrukken dat hij al jarenlang erg tevreden is over de ziektekostenverzekeraar. Het gaat hem nu alleen om duidelijkheid, omdat hij niet weet of hij nu wel of geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het eigen vervoer. Volgens het Zorginstituut heeft hij geen aanspraak op vergoeding van de kosten. De toelichting daarop is voor hem duidelijk. Hij heeft zich wel verwonderd over de informatie op de website, omdat het verwarrend is. Hij heeft het ook de begeleiders en andere revaliderende patiënten gevraagd. Niemand kon hem uitleggen of hij aanspraak heeft op vergoeding. Het gaat hem ook niet zozeer om het geld, maar om duidelijkheid.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de eerste aanvraag - van 7 oktober 2024 - niet volledig was. Verzoeker diende een medische verklaring van zijn arts mee te sturen. Naar aanleiding van de tweede aanvraag - van 28 oktober 2024 - heeft de zorgverzekeraar bij brief van 8 november 2024 meegedeeld dat het zittend ziekenvervoer per eigen vervoer alleen wordt vergoed in het geval dat iemand:

- voor nierdialyse naar het ziekenhuis of een andere instelling moet;
 - chemotherapie of bestraling nodig heeft;
 - zich uitsluitend en alleen met een rolstoel kan verplaatsen;
 - zeer slechtziend of blind is en iemand anders nodig heeft om ergens naartoe te kunnen.
- Volgens de zorgverzekeraar voldoet verzoeker niet aan deze voorwaarden.

4.2. In zijn brief van 20 december 2024 heeft de zorgverzekeraar het voorgaande aangevuld. Er bestaat tevens aanspraak op vergoeding van zittend ziekenvervoer als iemand:

- voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en de controles, onderzoek en consulten die als onderdeel van die behandeling nodig zijn, langdurig is aangewezen op vervoer en het niet toestaan van vervoer of de vergoeding van de kosten zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard,
- jonger is dan 18 jaar en is 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 behandelingen;
- is aangewezen op geriatrie revalidatie;
- 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 (GZSP-zorg).

4.3. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat longrevalidatie niet valt onder de categorie GZSP. Bij GZSP gaat het om zorg aan kwetsbare patiënten die thuis wonen. Het doel van de zorg is dat deze patiënten thuis kunnen blijven wonen. Een patiënt krijgt vaak behandelingen van meerdere zorgaanbieders, die allemaal hetzelfde behandelplan volgen. Zorgaanbieders die GZSP-zorg leveren zijn bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, fysiotherapeut of psycholoog.

4.4. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 3 april 2025, gericht aan de commissie, ter aanvulling verklaard dat in artikel 2.14, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering is bepaald wanneer een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 km, enkele reis, met het openbaar vervoer, taxi of eigen vervoer. Het artikel geeft een limitatieve opsomming van groepen verzekerden die aanspraak kunnen maken op vergoeding van vervoer. Het geschil spitst zich toe op de vraag of verzoeker voldoet aan het criterium zoals gesteld in artikel 2.14, eerste lid, onder g, van het Besluit zorgverzekering, namelijk:

‘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.’. Uit de nota van toelichting op dit artikel volgt dat GZSP per 1 januari 2021 is overgegaan naar de Zorgverzekeringwet. Vanwege die overheveling is er een extra categorie voor ziekenvervoer (vervoer naar en van dagbehandeling) voor de doelgroep GZSP aan het Besluit zorgverzekering toegevoegd. Het gaat dan om medisch noodzakelijk vervoer naar en van dagbehandeling verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg. Om aanspraak te kunnen maken op deze categorie van ziekenvervoer dient er sprake te zijn van een medische noodzaak. Dit werd eerder bepaald in artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ en artikel 1.4 van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, en vloeit ook reeds voort uit het algemene vereiste in artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering, te weten dat een verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg of dienst.

In het dossier is geen medische informatie aanwezig waaruit is op te maken dat verzoeker onder de doelgroep van GZSP valt.

4.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat het goed is te horen dat verzoeker al jarenlang positief is over de dienstverlening. Volgens de ziektekostenverzekeraar beïnvloedt deze procedure de relatie tussen hen niet. Iedereen heeft het recht een klacht in te dienen. De ziektekostenverzekeraar heeft

toegelicht dat op de website, net als in de voorwaarden van de zorgverzekering – informatie staat die overeenkomt met de wet- en regelgeving. Dit kan soms lastig te interpreteren zijn. De toelichting daarop zou ook moeten worden gelezen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het ook aan de behandelend arts om de voorwaarden voor vergoeding toe te lichten. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard zich te kunnen vinden in het voorlopig advies van het Zorginstituut. Deze geeft ook de meeste duidelijkheid.

5. Advies Zorginstituut

5.4. In het voorlopig advies van 20 mei 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(...) In geschil is vergoeding [aangevraagd] van vervoer naar en van dagbehandeling in het ziekenhuis in het kader van longrevalidatie. De vraag is of dit onder GZSP zorg kan vallen als bedoeld in artikel 2.14, eerste lid, onderdeel g, van het Bzv.

GZSP komt voort uit de voormalige AWBZ-aanspraak op extramurale behandeling. Bij de overgang van de AWBZ naar de Wet langdurige zorg (Wlz) werd genoemde AWBZ-aanspraak niet opgenomen in de Wlz. Als overgangsmaatregel bestond een tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. In 2021 werd deze GZSP onderdeel van de Zvw. In verband met de overheveling van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen naar de Zvw wordt het vervoer van en naar dagbehandeling aan het basispakket toegevoegd en is artikel 2.14, onderdeel g, van het Bzv op 1 januari 2021 in werking getreden.

GZSP is bedoeld voor mensen die (nèt) geen indicatie hebben voor de Wlz. Hierbij gaat het om generalistische multidisciplinaire zorg zoals van een specialist ouderengeneeskunde (SO) of arts verstandelijk gehandicapten (AVG), en niet om orgaanspecifieke revalidatie onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist (zoals een longarts) oftewel medisch-specialiste zorg.

Longrevalidatie in het ziekenhuis is tweede- of derdelijnszorg en is geen generalistische geneeskundige zorg zoals een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten bieden, en is dan ook niet te beschouwen als GZSP zoals bedoeld in de regelgeving.

Verzoeker kreeg longrevalidatie in het ziekenhuis, en uit de medische verklaring is op te maken dat deze zorg onder de verantwoordelijkheid van de longarts valt. Zoals aangegeven valt deze longrevalidatie niet onder GZSP. Ook valt dit niet onder geriatrische revalidatiezorg (GRZ) als bedoeld in artikel 2.14, eerste lid, onder f, van het Bzv. Bij zowel GZSP als GRZ is de regiebehandelaar een generalistische specialist, zoals de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten. De zorg als bedoeld in artikel 2.14, onderdeel g, van het Bzv ziet niet op medisch-specialistische zorg.

Het Zorginstituut kan zich derhalve vinden in het standpunt van verweerder dat verzoeker in verband met longrevalidatie geen aanspraak kan maken op vergoeding van vervoer per eigen auto ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Uit [de] voorliggende informatie in het dossier kan opgemaakt worden dat de longrevalidatie die verzoeker volgde, niet valt onder de categorie Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP). Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van ziekenvervoer op grond van artikel 2.14 van het Bzv.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker valt niet onder een van de in artikel 2.14 van het Bzv opgenomen categorieën verzekerden om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van vervoer ten laste van de basisverzekering.”

- 5.5. In het definitief advies van 10 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt: *“Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.”*

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.17 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over zittend ziekenvervoer zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Op grond van artikel 2.13 in samenhang met artikel 2.14 Bzv bestaat aanspraak op een kilometervergoeding voor zittend ziekenvervoer per eigen vervoer. Het artikel 'Ziekenvervoer' van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De kosten van vervoer worden vergoed over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover de verzekerde:
- a. nierdialyses moet ondergaan, of;
 - b. oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan, of
 - c. zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of
 - d. zich door een beperkt gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of
 - e. jonger is dan 18 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 zorg in de nabijheid, of,
 - f. is aangewezen op geriatrische revalidatie, of
 - g. 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.

Daarnaast omvat het vervoer, in afwijking van de onderdelen a tot en met e, 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.

- 7.3. Partijen zijn niet erover verdeeld dat verzoeker niet behoort tot de onder a. tot en met f. genoemde patiëntengroepen en niet voldoet aan de voorwaarden van de zogenoemde hardheidsclausule. Wat hen verdeeld houdt is het antwoord op de vraag of de behandeling die verzoeker vanwege longrevalidatie heeft ondergaan bij de fysiotherapeut kan worden beschouwd als GZSP, als bedoeld onder g.

De commissie overweegt dat in de Nota van toelichting bij de wijziging van artikel 2.14 Bzv het volgende is vermeld:

“De aanspraak op vervoer zou onder meer door toepassing van de hardheidsclausule in artikel 2.14, derde lid, Bzv naar het oordeel van het Zorginstituut adequaat moeten zijn. Teneinde zonder een beroep op de hardheidsclausule te bewerkstelligen dat de verstrekking of vergoeding van vervoer na de overheveling voor verzekerden niet ongunstiger wordt, is voor GZSP een aanvullende aanspraak op vervoer opgenomen in artikel 2.14, eerste lid, Bzv. Het betreft het vervoer dat in 2020 werd bekostigd op grond van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Gesubsidieerd werd medisch

noodzakelijk vervoer naar en van dagbehandeling verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg categorieën 1 tot en met 5. In artikel 2.14, eerste lid, onderdeel g, Bzv is dit op omschreven als 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. Blijkens het advies van het Zorginstituut over ziekenvervoer van 3 april 2018 (volgnummer 2018010210) is dit de nieuwe groep gebruikers van vervoer afkomstig vanuit de voormalige extramurale behandeling op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Over de aansluiting op de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling wordt volledigheidshalve het volgende opgemerkt. De voorwaarde dat voor het tot gelding maken van de aanspraak op dit vervoer een medische noodzaak moet zijn, zoals artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ en artikel 1.4 van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling bepaalden, vloeit reeds voort uit het algemene vereiste in artikel 2.1, derde lid, Bzv dat de verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg of dienst.”

- 7.4. In het voorlopig advies van 20 mei 2025 licht het Zorginstituut toe dat GZSP is bedoeld voor mensen die (nèt) geen indicatie hebben op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz). Hierbij gaat het om generalistische multidisciplinaire zorg, zoals een specialist ouderengeneeskunde (SO) of een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) biedt. Orgaanspecifieke revalidatie onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist, zoals een longarts, hoort hier niet bij. Het betreft dan medisch specialistische zorg. Longrevalidatie in het ziekenhuis is tweede of derdelijnszorg en is geen generalistisch geneeskundige zorg zoals een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten bieden, en is dan ook niet te beschouwen als GZSP zoals bedoeld in de regelgeving. Verzoeker kreeg longrevalidatie in het ziekenhuis en uit de door hem overgelegde medische verklaring volgt dat de behandelend longarts verantwoordelijk was voor de revalidatie. Het Zorginstituut concludeert dat de longrevalidatie die verzoeker volgde niet onder GZSP valt, zodat hij niet in aanmerking komt voor de hiermee samenhangende vervoerskosten. De commissie volgt het Zorginstituut hierin. Op basis van de door verzoeker aangeleverde informatie, afkomstig van de website van de zorgverzekeraar, kan op dit punt geen andere conclusie worden getrokken.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.4. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 juli 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld. Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.13

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

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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.30

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 2.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 0,38 per kilometer.
2. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt ten hoogste € 89,00 per nacht.
3. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.12, vierde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 89,00 per nacht.

evaluatie van het zorgplan

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 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 € 0,38 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 € 89 per nacht en komt gedeeltelijk in plaats van vergoeding voor vervoer.

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 € 118 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 € 0,38 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. 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: