

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202400361

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 30 april 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 23 mei 2024 heeft de commissie een bevestiging hiervan aan verzoeker gestuurd. Op 4 juni 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 30 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 augustus 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 28 augustus 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024029853) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 29 augustus 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 september 2024 aan verzoeker aangeboden een machtiging voor zittend ziekenvervoer te verstrekken en het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
- 1.5. Bij e-mailberichten van 4 september 2024 heeft verzoeker het aanbod van de ziektekostenverzekeraar afgewezen en zijn verzoek uitgebreid.
- 1.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 30 september 2024 meegedeeld dat hij de machtiging inmiddels aan verzoeker heeft verstrekt.
- 1.7. Verzoeker heeft bij e-mailberichten van 3 oktober 2024 zijn standpunt herhaald.
- 1.8. Bij brief van 4 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de beoordeling van de aanvraag toegelicht.
- 1.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 oktober 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

1.10. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 28 oktober 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 28 augustus 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 november 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het Zorginstituut geen adviesbevoegdheid heeft over het beleid en de procedures van de ziektekostenverzekeraar betreffende het afgeven van een doorlopende machtiging endat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van het definitief advies is op 14 november 2024 aan partijen gestuurd.

1.11. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 3 december 2024 gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut van 13 november 2024. De ziektekostenverzekeraar heeft niet inhoudelijk gereageerd.

## 2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker is sinds 1 januari 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 (hierna: aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

2.2. Verzoeker heeft op 16 januari 2024 een formulier 'Toestemming aanvragen (zittend) ziekenvervoer' bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Hierbij heeft verzoeker een medische verklaring van zijn arts gevoegd. Verzoeker heeft vervolgens een machtiging voor de periode van 31 januari 2024 tot en met 30 april 2024 ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker verzocht om voor het einde van deze termijn een kopie van de Wmo-beschikking 'rolstoel' van de gemeente over te leggen. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gevraagd hem een doorlopende machtiging (zonder einddatum) te verstrekken.

2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens de naar aanleiding van de aanvraag afgegeven vervoersmachtiging gecorrigeerd en een nieuwe machtiging verstrekt voor de periode 1 januari 2024 tot en met 30 april 2024 (intern e-mailbericht van 31 januari 2024 van de ziektekostenverzekeraar).

2.4. Bij e-mailbericht van 12 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de vervoersmachtiging van zijn vorige zorgverzekeraar per 28 december 2023 was verlopen en dat geen doorlopende machtiging kan worden verstrekt. Verzoeker kon hiervoor een nieuwe aanvraag indienen.

2.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 12 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.6. Bij brief van 28 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.7. Bij brief van 13 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat
  - i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is een doorlopende vervoersmachtiging af te geven;
  - ii) het in dat verband onredelijk is van de ziektekostenverzekeraar aan hem om een Wmo-beschikking 'rolstoel', dan wel aanvullende informatie te vragen, en
  - iii) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte bij de Sint Maartenskliniek informatie heeft opgevraagd en daarmee identiteitsfraude heeft gepleegd.
- 3.2. Verzoeker heeft verklaard dat hij een dwarslaesie heeft en om die reden eind 2023 bij zijn vorige zorgverzekeraar om een vervoersmachtiging heeft gevraagd. Deze heeft hij ontvangen voor een periode met terugwerkende kracht tot drie jaren. De einddatum op de betreffende machtiging was 28 december 2023.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om een doorlopende machtiging voor zittend ziekenvervoer per eigen vervoer. Hij heeft in het klachtenformulier van 12 februari 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, verklaard dat hij de machtiging van zijn vorige zorgverzekeraar, een medische verklaring van zijn revalidatiearts en een Wmo-beschikking (huishouden) inclusief het bijbehorend verslag aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. Hij vindt het onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar extra eisen blijft stellen voor een doorlopende vervoersmachtiging. Verzoeker vindt het onacceptabel dat hij telkens een nieuwe aanvraag moet indienen.
- 3.4. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 30 april 2024 verklaard dat uit de Wmo-beschikking (huishouden) blijkt dat hij rolstoelgebonden is. Volgens verzoeker blijft de ziektekostenverzekeraar desalniettemin herhalen een Wmo-beschikking 'rolstoel' nodig te hebben. Voorts heeft verzoeker verklaard dat het door de ziektekostenverzekeraar aangeboden formulier 'medische verklaring ziekenvervoer' door zijn revalidatiearts is ingevuld en ondertekend. Daarop is aangekruist dat hij zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen. Verzoeker vindt het onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar dit onvoldoende informatie vindt en in aanvulling hierop een uitgebreide verklaring wenst. Het formulier wordt namelijk op deze manier aangeboden door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft verder verklaard dat het delen van medische gegevens zo beperkt mogelijk moet blijven. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar gemachtigd tot het opvragen van zijn medische gegevens door een adviserend arts.
- 3.5. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 30 april 2024, gericht aan de commissie, herhaald het onredelijk te vinden dat de ziektekostenverzekeraar het formulier met de medische verklaring van zijn arts onvoldoende vindt en om een uitgebreide verklaring vraagt. Hij begrijpt niet dat de ziektekostenverzekeraar de machtiging van zijn vorige zorgverzekeraar niet overneemt. Verzoeker heeft verklaard dat de machtiging op 28 december 2023 afliep, omdat hij zijn verzekering per eind 2023 had opgezegd. Het is volgens verzoeker logisch dat er dan een einddatum op de vervoersmachtiging staat. Hij heeft verder gesteld dat de machtiging van zijn vorige verzekeraar voldoende zou moeten zijn om een doorlopende vervoersmachtiging te krijgen van de ziektekostenverzekeraar. Het achteraf stellen van extra voorwaarden is in strijd met de wet en de redelijkheid. Voorts heeft verzoeker verklaard dat hij zich niet kan vinden in de vraag van de ziektekostenverzekeraar een Wmo-beschikking 'rolstoel' over te leggen. Niet iedereen heeft immers een rolstoel vanuit de Wmo. Ook staat in een dergelijke beschikking en het bijbehorende verslag medische informatie die de ziektekostenverzekeraar niets aangaat.
- 3.6. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 4 juni 2024, gericht aan de commissie, zijn verzoek nogmaals samengevat. Hij licht verder toe dat de ziektekostenverzekeraar uit het ingevulde formulier 'medische verklaring ziekenvervoer' moet kunnen opmaken dat de

behandelend revalidatiearts gespecialiseerd is in dwarslaesies. Reeds op grond hiervan zou de ziektekostenverzekeraar moeten concluderen dat verzoeker een dwarslaesie heeft.

- 3.7. Bij e-mailbericht van 10 juni 2024 heeft verzoeker verklaard dat de ziektekostenverzekeraar met veel minder informatie een machtiging voor bijzondere tandheelkunde heeft afgegeven. Volgens verzoeker wordt deze alleen afgegeven als een verzekerde gehandicapt is. Verzoeker vindt het, gelet hierop, onredelijk dat bij het aanvragen van een doorlopende vervoersmachtiging om veel meer informatie wordt gevraagd.
- 3.8. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 31 juli 2024 meegedeeld dat door de ziektekostenverzekeraar om het toestemmingsformulier 'opvragen medische gegevens' is gevraagd. Verzoeker heeft dit ondertekend en opgestuurd. Bij e-mailbericht van 7 augustus 2024 heeft verzoeker, ter onderbouwing van zijn stelling dat de ziektekostenverzekeraar overtuigd is van zijn handicap, de door deze afgegeven machtiging voor bijzondere tandheelkunde overgelegd.
- 3.9. Bij e-mailbericht van 12 augustus 2024 heeft verzoeker verklaard dat hij van de Sint Maartenskliniek heeft vernomen dat de ziektekostenverzekeraar namens hem een aanvraag voor zittend ziekenvervoer heeft ingediend. Volgens verzoeker heeft hij hiervoor geen toestemming gegeven en pleegt de ziektekostenverzekeraar identiteitsfraude. Hij wil zijn verzoek aan de commissie hiermee uitbreiden. Verzoeker heeft verder verklaard ook aangifte te doen bij de politie. Verzoeker herhaalt dat hij toestemming heeft gegeven aan de adviserend arts van de ziektekostenverzekeraar om contact op te nemen met zijn revalidatiearts. Dat is volgens hem niet gebeurd. Verzoeker heeft met zijn e-mailbericht van 21 augustus 2024 een verklaring van de Sint Maartenskliniek van 29 juli 2024 overgelegd.
- 3.10. Verzoeker heeft in zijn e-mailberichten van 4 september 2024 verklaard dat hij niet akkoord gaat met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar tot het verstrekken van een vervoersmachtiging van de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoeker is een machtiging voor zittend ziekenvervoer niet in geschil, want hij wenst niet per bus vervoerd te worden. Hij heeft verzocht om een doorlopende machtiging voor vervoer per eigen vervoer. Verzoeker heeft verder herhaald dat de ziektekostenverzekeraar een strafbaar feit heeft gepleegd door namens hem een aanvraag voor een vervoersmachtiging in te dienen. Hij verwijst hiervoor naar artikel 231b van het Wetboek van Strafrecht. Volgens hem had de ziektekostenverzekeraar via de adviserend arts informatie moeten opvragen bij zijn revalidatiearts. Hij heeft verder verklaard geen aanbod meer te willen ontvangen om de aanklacht in te trekken.
- 3.11. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 16 september 2024 stukken overgelegd waaruit volgens hem blijkt dat sprake is van identiteitsfraude door de ziektekostenverzekeraar.
- 3.12. Verzoeker heeft bij e-mailberichten van 3 oktober 2024 verklaard dat het Zorginstituut voorbij gaat aan het onderdeel van het geschil dat hij geen toestemming heeft gegeven voor en niet wil meewerken aan het opvragen van informatie bij zijn behandelend revalidatiearts. Volgens verzoeker is het opvragen van extra informatie bij zijn revalidatiearts in strijd met de gedragsregels van de ziektekostenverzekeraar. Deze zijn vastgelegd in de 'Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap'. Hij verwijst hiervoor naar artikel 1.1.2 waarin de basisregels zijn beschreven. De gevolgde procedure - het steeds om extra informatie vragen in het kader van de aanvraag voor zittend ziekenvervoer per eigen vervoer - is in strijd met deze basisregels. Ook presenteert de ziektekostenverzekeraar een onduidelijk aanvraagformulier, waarin niet duidelijk wordt aangegeven dat de ziektekostenverzekeraar meer informatie verlangt omtrent zijn handicap. Verzoeker heeft een kopie van de richtlijn 'Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap' overgelegd.
- 3.13. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop verklaard dat hij met ingang van 2024 is overgestapt naar de ziektekostenverzekeraar en daar voorafgaand contact over heeft gehad. Sinds 1995 is hij rolstoel gebonden. Sindsdien heeft hij verschillende machtigingen, zodat hij toestemming heeft voor het verkrijgen van diverse zorg. Op 1 januari 2024 heeft hij met een standaard aanvraagformulier een vervoersmachtiging gevraagd voor het reizen per

eigen vervoer. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens stukken opgevraagd, waaronder de Wmo-beschikking 'rolstoel'. Hier is verzoeker het niet mee eens. Niet iedereen heeft een dergelijke beschikking. Medio januari 2024 werd de aanvraag afgewezen. Een klachtbehandelaar van de ziektekostenverzekeraar heeft toen voorgesteld dat hij een machtiging van zijn vorige zorgverzekeraar kon indienen. Verzoeker heeft verklaard dat hij eind 2023 een vervoersmachtiging bij zijn vorige zorgverzekeraar had aangevraagd. Deze is hierop met terugwerkende kracht van drie jaren en geldig tot en met 28 december 2023 aan hem verstrekt, omdat hij zou overstappen naar de ziektekostenverzekeraar. De afgegeven machtiging was volgens de ziektekostenverzekeraar niet voldoende om een nieuwe doorlopende machtiging te verstrekken. Verzoeker moest een nieuwe aanvraag indienen. Volgens verzoeker wist de medisch specialist niet hoe het formulier moest worden ingevuld. Het formulier dat de ziektekostenverzekeraar hanteert is volgens hem dus niet goed. Verzoeker heeft verder verklaard niets te weten van de aan hem reeds verstrekte machtiging. Achter zijn rug om heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag voor vervoer gedaan. Voor strafrechtelijke vervolging van dit feit zal hij daarom aangifte doen bij de politie. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de Wmo-beschikking 'rolstoel' een wettelijke eis is, maar dat is niet juist. Het vragen naar een Wmo-beschikking 'rolstoel' is in strijd met de gedragsregels. Een zorgverzekeraar moet eerlijk, rechtvaardig, van goede kwaliteit en consistent zijn. Volgens verzoeker heeft niet iedereen een Wmo-beschikking 'rolstoel'. Hij vertelt dat de ziektekostenverzekeraar van hem een Wmo-beschikking 'huishouden' heeft ontvangen. Daaraan is een onderzoek gekoppeld. Uit deze informatie had de ziektekostenverzekeraar kunnen opmaken dat hij permanent rolstoel gebonden is. De ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd om een machtiging van zijn vorige zorgverzekeraar, en deze is vervolgens niet geaccepteerd. De aanvraag is erg bureaucratisch behandeld. Volgens verzoeker had de ziektekostenverzekeraar een doorlopende machtiging kunnen verstrekken, want (i) er was een eerdere machtiging met terugwerkende kracht voor drie jaren (ii) er was een Wmo-beschikking 'huishouden' en (iii) er was met de klachtbehandelaar afgesproken dat bij ontvangst van de eerdere machtiging een doorlopende machtiging zou worden afgegeven. Verzoeker heeft verder verklaard dat hij niet wilde dat er nog een extra aanvraagformulier naar zijn revalidatiearts werd gestuurd. Dat formulier is op 25 juli 2024 verstuurd, terwijl deze kwestie op dat moment al ter beoordeling bij de commissie lag.

- 3.14. Bij e-mailbericht van 3 december 2024 heeft verzoeker verklaard dat het Zorginstituut wederom een verkeerd beeld heeft van het geschil. De kern van het geschil is dat de ziektekostenverzekeraar een vierde bewijsstuk wilde ontvangen, terwijl verzoeker reeds voldoende informatie had verstrekt. Tijdens de geschilprocedure heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog met de behandelaars van verzoeker gecommuniceerd en hen gevraagd informatie te verstrekken voor het aanvragen van een andere machtiging voor zittend ziekenvervoer per taxi. Verzoeker had hiervoor geen toestemming gegeven.

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

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn e-mailbericht van 12 februari 2024, gericht aan verzoeker, verklaard dat tijdens het telefonisch contact op 31 januari 2024 door verzoeker was meegedeeld dat hij een doorlopende vervoersmachtiging van zijn vorige zorgverzekeraar had. Om de machtiging te kunnen overnemen heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om die machtiging toe te sturen. Na ontvangst daarvan bleek het geen doorlopende machtiging te zijn, maar een machtiging tot en met 28 december 2023. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de sindsdien verlopen vervoersmachtiging niet als doorlopende machtiging kan overnemen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 9 april 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, toegelicht dat verzoeker op 29 januari 2024 telefonisch contact met hem heeft opgenomen. Verzoeker vond de aanvraagprocedure voor een vervoersmachtiging omslachtig. Ook bleek de reeds afgegeven vervoersmachtiging voor de eerste drie maanden van 2024 niet correct, zodat op basis van het telefoongesprek werd besloten de ingangsdatum aan te passen naar 1 januari 2024 met een einddatum van 30 april 2024. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat voor het afgeven van een doorlopende vervoersmachtiging een Wmo-beschikking 'rolstoel' of

de doorlopende vervoersmachtiging van de vorige zorgverzekeraar nodig is. De Wmo-beschikking 'rolstoel' kon verzoeker niet overleggen, omdat hij deze niet heeft. De vervoersmachtiging van de vorige zorgverzekeraar heeft verzoeker wel gestuurd, maar deze machtiging was geldig van 29 december 2020 tot en met 28 december 2023. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij een vervoersmachtiging voor vier maanden heeft afgegeven, omdat voor hem niet duidelijk is of verzoeker permanent rolstoelgebonden is. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat een doorlopende vervoersmachtiging kan worden verstrekt als uit een medische verklaring van een arts blijkt dat verzoeker permanent rolstoelgebonden is. Op het formulier 'medische verklaring' heeft de arts alleen een vinkje gezet bij de zin 'verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen'. Hieruit blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar geen permanent karakter, omdat een medische indicatie ontbreekt. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij graag de aankoopbon van de zelf aangeschafte rolstoel, indien nog in bezit van verzoeker, ontvangt.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 juli 2024, gericht aan de commissie, verklaard intussen in het bezit te zijn van een verklaring van de behandelend revalidatiearts, maar dat deze niet volledig is ingevuld. De ziektekostenverzekeraar wil om die reden graag zelf contact opnemen met de revalidatiearts met het verzoek om de verklaring volledig in te vullen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hiervoor om zijn akkoord gevraagd.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 juli 2024 benadrukt dat op grond van artikel 2.14, eerste lid, onderdeel d, Bzv alleen aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer als betrokkene zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen. Uit het dossier kan de ziektekostenverzekeraar niet met zekerheid concluderen dat verzoeker (volledig) rolstoelafhankelijk is. De ziektekostenverzekeraar heeft herhaald dat de revalidatiearts de aanvraag niet volledig had ingevuld. Om die reden is een machtiging afgegeven voor de duur van vier maanden. De ziektekostenverzekeraar had verwacht de gevraagde informatie binnen deze vier maanden te ontvangen, zodat op tijd kon worden beoordeeld of de machtiging kon worden verlengd. Tot op heden is de gevraagde informatie echter niet ontvangen, ondanks dat meermaals hierom is verzocht.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 31 juli 2024 gereageerd op het e-mailbericht van dezelfde dag van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft uit de e-mail van verzoeker begrepen dat hij aan de ziektekostenverzekeraar toestemming geeft om contact op te nemen met zijn revalidatiearts. Er is vervolgens telefonisch contact opgenomen met de arts, maar deze was op dat moment met vakantie. Om voortgang te houden in de zaak heeft de ziektekostenverzekeraar met de secretaresse van de revalidatiearts afgesproken dat via de e-mail een leeg formulier 'medische verklaring ziekenvervoer' zou worden toegezonden met het verzoek om dit formulier volledig in te vullen en te retourneren.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 3 september 2024 verklaard dat hij naar aanleiding van de overgelegde medische verklaring de Sint Maartenskliniek (29 juli 2024) en het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft besloten een machtiging voor het zittend ziekenvervoer te verstrekken. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat dit een eenmalig voorstel is en geen acceptatie betreft voor eventuele toekomstige aanvragen.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 30 september 2024 verklaard dat aan verzoeker een doorlopende machtiging is verstrekt.
- 4.8. In zijn brief van 4 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het geschil aanvankelijk begon met de aanvraag voor een machtiging zittend ziekenvervoer per eigen vervoer. De medische verklaring op de aanvraag was niet volledig ingevuld, zodat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker toestemming heeft gevraagd hierover contact op te nemen met de revalidatiearts. De ziektekostenverzekeraar heeft uit de brieven van 24 juli en 31 juli 2024 van verzoeker begrepen dat (meermaals) toestemming is gegeven om contact op te nemen met de medisch specialisten van verzoeker. Aan de hand van die toestemming

heeft de ziektekostenverzekeraar contact gezocht met de revalidatiearts, maar in verband met diens vakantie, is met de secretaresse van de revalidatiearts afgesproken dat via e-mail een leeg formulier (medische verklaring ziekenvervoer) zou worden toegestuurd met het verzoek deze in te vullen. De ziektekostenverzekeraar vindt de stelling van verzoeker - dat identiteitsfraude is gepleegd - op grond van voornoemde procedure onnavolgbaar. Er is volgens de ziektekostenverzekeraar geen sprake van identiteitsfraude. Inmiddels is aan verzoeker een machtiging voor zittend ziekenvervoer verstrekt, waardoor volgens de ziektekostenverzekeraar het aanvankelijke geschilpunt is opgelost.

De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 4 oktober 2024 een kopie van het e-mailbericht van 3 oktober 2024 verzoeker geciteerd.

- 4.9. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat in januari 2024 de aanvraag voor de vervoersmachtiging is ontvangen. Daarbij was een medische verklaring gevoegd. De arts van verzoeker had hierop alleen een vakje aangekruist. Onderin op het formulier wordt gevraagd in verband met welke medische indicatie de vervoersmachtiging wordt aangevraagd. Dat deel was niet ingevuld. Normaliter wordt een aanvraag dan als 'niet compleet' afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen een machtiging voor vier maanden te verstrekken, zodat verzoeker meer informatie kon aanleveren. De ziektekostenverzekeraar heeft daarmee klantvriendelijk gehandeld. Veelal wordt om een Wmo-beschikking 'rolstoel' gevraagd. Een persoon kan namelijk ook tijdelijk rolstoel gebonden zijn. Bij verzoeker gaat het om het permanente karakter van het rolstoelgebruik en de machtiging daarvoor. Die informatie had de ziektekostenverzekeraar niet. De machtiging van de vorige zorgverzekeraar bleek geen doorlopende machtiging, althans hieruit bleek niet dat verzoeker permanent rolstoel gebonden is. Die machtiging kon de ziektekostenverzekeraar dus niet overnemen. Daarna is er veel over en weer gecorrespondeerd. Vanuit de klachtbehandelaar is ook aangeboden om extra informatie aan te leveren. Vervolgens is het geschil bij de commissie aanhangig gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat eerder is uitgelegd wat de voorwaarden zijn voor het afgeven van een doorlopende machtiging. Aan verzoeker is om toestemming gevraagd om de medische verklaring te laten invullen. Zo is dat ook gegaan. Er is contact opgenomen met de secretaresse van de revalidatiearts. Hetzelfde formulier dat verzoeker heeft ingediend is aan de revalidatiearts gestuurd. Het formulier was leeg. Met pijltjes is aangewezen wat de arts nog moest invullen. Het formulier werd echter wederom niet juist ingevuld. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij later van verzoeker en via de commissie informatie heeft ontvangen waaruit blijkt dat verzoeker permanent rolstoel gebonden is. Verzoeker heeft het daaropvolgende aanbod voor een vervoersmachtiging toen niet geaccepteerd. Op een later moment heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de doorlopende vervoersmachtiging aan verzoeker toe te sturen, ongeacht of hij de procedure wilde intrekken. Alle benodigde informatie om tot een beslissing te komen was namelijk ontvangen. Daarnaast door de commissie gevraagd, licht de ziektekostenverzekeraar toe dat het formulier is gebaseerd op de wet- en regelgeving. Het is aan de arts om de medische indicatie in te vullen. Op basis daarvan wordt door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar bepaald of het om een tijdelijke of permanente vervoersmachtiging gaat. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat niet is gezegd dat een Wmo-beschikking 'rolstoel' een wettelijke eis is. Er zijn wettelijke gronden voor het in aanmerking komen voor zittend ziekenvervoer. Ter beoordeling hiervan wordt om een medische verklaring gevraagd. Eén manier is ook de Wmo-beschikking 'rolstoel'. Als iemand die niet heeft, dan kan de aankoop van de rolstoel helpen. De ziektekostenverzekeraar is bij de beoordeling van de aanvraag niet formalistisch geweest en heeft juist meegedacht om op andere manieren tot een oplossing te komen. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verwezen naar de correspondentie waarin aan verzoeker om toestemming is gevraagd en zijn toestemming is verkregen om informatie op te vragen bij de revalidatiearts. De ziektekostenverzekeraar heeft tot slot gesteld dat hij zich niet kan vinden in de stelling van verzoeker dat de beoordeling van de aanvraag niet in lijn met de Gedragscode en de wet- en regelgeving is gedaan.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 28 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"(...) In bepaalde gevallen kan er een indicatie zijn voor vergoeding vanuit het basispakket van vervoer naar en van een ziekenhuis, zorgverlener of instelling met (eigen) auto, taxi of openbaar vervoer. Zoals ook in het juridisch kader is vermeld, is in artikel 2.14, eerste lid, van het Bzv een limitatieve lijst opgenomen van de categorieën verzekerden die in aanmerking komen voor vergoeding van vervoer.*

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

*Verzoeker geeft op de aanvraag van 16 januari 2024 aan dat hij als gevolg van een dwarslaesie (thoracaal 10, motorisch compleet) volledig en blijvend rolstoelgebonden is. Op het aanvraagformulier van 8 januari 2024 heeft de revalidatiearts aangekruist 'Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen'. De vraag 'In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?' is niet ingevuld.*

*Uit de informatie in het voorliggende dossier blijkt dat verzoeker bij zijn vorige zorgverzekeraar een machtiging had met terugwerkende kracht voor de vergoeding van kosten van ziekenvervoer gedurende een periode van drie jaar. Dit omdat volgens de vorige zorgverzekeraar tot maximaal tot 36 maanden met terugwerkende kracht een vergoeding kan worden aangevraagd/ gedeclareerd. De huidige zorgverzekeraar (verweerder) geeft aan dat de machtiging van de vorige zorgverzekeraar geen doorlopende machtiging betreft, maar een machtiging met als einddatum 28 december 2023. Hierdoor kan deze machtiging volgens verweerder niet als doorlopende machtiging worden overgenomen. Daarnaast geeft verweerder in het voorliggende dossier aan dat in de aanvraag van de revalidatiearts een medische indicatie ontbreekt.*

*Verweerder geeft aan dat op basis van de aangeleverde informatie niet met zekerheid geconcludeerd kan worden of verzoeker permanent rolstoelgebonden is. Verweerder heeft wel een machtiging afgegeven voor de periode van vier maanden, namelijk van 1 januari 2024 tot en met 30 april 2024. Gezien het feit dat verweerder een machtiging heeft afgegeven voor de bovengenoemde periode, is de vergoeding van kosten van ziekenvervoer kennelijk niet in geschil. In geschil is de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een doorlopende machtiging (machtiging voor onbepaalde tijd).*

*Of de aanvraag van verzoeker en de informatie van de revalidatiearts voor verweerder wel of niet voldoende zijn voor een doorlopende machtiging, of dat verweerder voor een doorlopende machtiging aanvullend formele documentatie/ informatie wil, is niet aan het Zorginstituut om te beoordelen. Het is namelijk aan zorgverzekeraars om hun beleid en de procedures te bepalen met betrekking tot (doorlopende) machtigingen. Het Zorginstituut kan hier niet in treden.*

*Het Zorginstituut wil het volgende opmerken.*

*Uit de brief van 31 juli 2024 van verweerder aan de SKGZ blijkt dat verweerder inmiddels contact heeft gezocht met de revalidatiearts. Vanwege de vakantieperiode van de revalidatiearts heeft verweerder met de secretaresse van de revalidatiearts afgesproken dat een leeg aanvraagformulier wordt toegezonden met het verzoek dit volledig in te vullen om zo voortgang te houden in de zaak. Het Zorginstituut merkt op dat dit nieuwe aanvraagformulier nog niet bij de voorliggende stukken aanwezig is. Naar verwachting zal het nieuwe, door de revalidatiearts ingevulde formulier uitsluitend geven of verzoeker permanent rolstoelgebonden is.*



#### Conclusie

Op basis van de informatie van verzoeker kan geconcludeerd worden dat hij permanent rolstoelgebonden is. Of verweerder een en ander formeel bevestigd wil zien, is aan verweerder om te bepalen.

#### Advies

Het Zorginstituut heeft geen adviesbevoegdheid om te oordelen over het beleid/de procedures van verweerder met betrekking tot het afgeven van een doorlopende machtiging. Het is aan verweerder om te bepalen of verzoeker al dan niet aanspraak kan maken op een doorlopende machtiging."

- 5.2. In het definitief advies van 13 november 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Hieruit volgt dat verweerder inmiddels een doorlopende vervoersmachtiging heeft verstrekt aan verzoeker. Verzoeker geeft echter in zijn stukken aan dat de kern van het geschil is dat verweerder een onduidelijk aanvraagformulier presenteert en dit in strijd zou zijn met de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap. Verzoeker geeft aan dat zijn klacht gaat over het opnieuw opstarten van een aanvraagprocedure in verband met declaratie van zijn vervoerskosten en dat hij zijn medisch specialist wederom moet vragen om het aanvraagformulier in te vullen. Wat betreft het opstarten van een aanvraagprocedure geeft verzoeker aan dat het Zorginstituut in zijn voorlopig advies hier niet op ingaat. Ook geeft verzoeker aan dat het Zorginstituut het punt betreffende het invullen van het aanvraagformulier niet lijkt te erkennen. Zoals ook staat in het voorlopig advies, heeft het Zorginstituut geen adviesbevoegdheid over het beleid/de procedures van verweerder betreffende het afgeven van een doorlopende machtiging. De adviesbevoegdheid van het Zorginstituut is beperkt tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op zorg ten laste van de basisverzekering. Nu het geschilpunt met betrekking tot de aanvraag voor machtiging ziekenvervoer tot een oplossing is gebracht, komen er op basis van het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken geen vragen naar voren waar het Zorginstituut over kan adviseren. Uit het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken komen dan ook geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies daarom 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 A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over zittend ziekenvervoer, artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) en artikel 231b van het Wetboek van Strafrecht (WvSr) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De aanspraak op zittend ziekenvervoer is geregeld in artikel 2.14 Bzv. De bepaling 'ziekenvervoer' op de pagina's 51 tot en met 53 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Partijen zijn niet in geschil over de aanspraak op zittend ziekenvervoer en de indicatie hiervoor van verzoeker. Door de ziektekostenverzekeraar werd immers een vervoersmachtiging afgegeven voor de eerste vier maanden van 2024. Hetgeen hun verdeeld

houdt is of de ziektekostenverzekeraar een doorlopende machtiging voor vervoer per eigen vervoer moet verstrekken.

#### *Aanvraag vervoersmachtiging*

- 7.3. Verzoeker heeft een doorlopende machtiging voor zittend ziekenvervoer per eigen vervoer aangevraagd. Volgens de ziektekostenverzekeraar was het door hem ontvangen aanvraagformulier niet volledig ingevuld en was aanvullende informatie nodig. In dit verband is door verzoeker - op verzoek van de ziektekostenverzekeraar - een machtiging van de vorige zorgverzekeraar overgelegd. Deze werd door de ziektekostenverzekeraar niet geaccepteerd. De commissie merkt hierover op dat op grond van artikel 14, vijfde lid, Zvw, een opvolgende zorgverzekeraar gehouden is een nog geldende machtiging over te nemen. In dit geval kende de vervoersmachtiging een einddatum; deze was namelijk geldig tot en met 28 december 2023. Na deze datum was geen sprake meer van een geldende vervoersmachtiging, zodat van verplichte overname door de ziektekostenverzekeraar geen sprake kon zijn. Het was dan ook aan verzoeker om voor het vervoer vanaf 1 januari 2024 - de ingangsdatum van de zorgverzekering - bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor het zittend ziekenvervoer per eigen vervoer in te dienen. Verzoeker heeft gesteld dat met de klachtbehandelaar van de ziektekostenverzekeraar was afgesproken dat met de machtiging van de vorige zorgverzekeraar aan hem een doorlopende machtiging zou worden verstrekt. De commissie overweegt dat uit het e-mailbericht van 2 februari 2024 blijkt dat partijen in dat verband uitgingen van een door de vorige zorgverzekeraar verstrekte nog 'doorlopende machtiging'. Na toezending door verzoeker van de door de vorige zorgverzekeraar verstrekte machtiging bleek echter dat het niet om een doorlopende - dat wil zeggen: na het overstappen naar de ziektekostenverzekeraar - nog geldige machtiging ging. De ziektekostenverzekeraar kon en hoefde deze dus niet over te nemen. Dat de door de vorige zorgverzekeraar verstrekte machtiging drie jaren terugwerkte, maakt niet dat verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar recht heeft op een doorlopende machtiging. De commissie concludeert dat, na ontvangst van de verklaring van de Sint Maartenskliniek van 29 juli 2024 en van het voorlopig advies van het Zorginstituut van 28 augustus 2024, de ziektekostenverzekeraar inmiddels aan verzoeker een doorlopende machtiging voor zittend ziekenvervoer per eigen vervoer heeft verstrekt. Zij zal daarom hierover geen uitspraak meer doen.

#### *Verzoek aanvullende informatie niet onredelijk*

- 7.4. Verzoeker heeft verklaard het onredelijk te vinden dat hem om een Wmo-beschikking 'rolstoel', dan wel aanvullende informatie is gevraagd teneinde in aanmerking te komen voor een doorlopende vervoersmachtiging. Volgens verzoeker was het ingevulde formulier 'medische verklaring ziekenvervoer' voldoende. In dit verband heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar - door steeds om nieuwe informatie te vragen - in strijd met artikel 1.1.2 van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap heeft gehandeld. Volgens verzoeker had de ziektekostenverzekeraar op basis van de Wmo-beschikking 'huishouden' ook kunnen vaststellen dat hij permanent rolstoelgebonden is. De commissie merkt hierover op dat uit de Wmo-beschikking 'huishouden' niet blijkt dat verzoeker permanent rolstoelgebonden is. Het daarbij horende verslag waarnaar verzoeker heeft verwezen, is de commissie niet bekend. De commissie overweegt verder dat verzoeker een aanvraag heeft ingediend voor een doorlopende vervoersmachtiging. Om hierop aanspraak te hebben dient een verzekerde permanent rolstoelgebonden te zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het formulier 'medische verklaring ziekenvervoer' onvolledig was ingevuld, omdat het vak waarin naar de medische indicatie werd gevraagd niet was ingevuld. Hierdoor was niet duidelijk of verzoeker inderdaad permanent rolstoelgebonden is. Daarop heeft de ziektekostenverzekeraar besloten geen doorlopende vervoersmachtiging te verstrekken. De commissie acht het niet onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar vragen stelt om te kunnen beoordelen of een doorlopende machtiging kan worden verstrekt. Dat de ziektekostenverzekeraar in dat kader heeft gevraagd om een beschikbare Wmo-beschikking 'rolstoel', acht de commissie niet onredelijk. De commissie concludeert dat geen sprake is van handelen in strijd met de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap.

- 7.5. In de procedure heeft verzoeker verder nog verwezen naar het specialisme van de behandelend revalidatiearts en de machtiging die hij van de ziektekostenverzekeraar ontving voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Ook hieruit zou zijns inziens al blijken dat hij permanent rolstoel geboden is. De commissie merkt hierover op dat dit alles niet is waar de ziektekostenverzekeraar om heeft verzocht en evenmin volgt hieruit eenduidig de voor de ziektekostenverzekeraar benodigde informatie om vast te stellen dat verzoeker permanent rolstoelafhankelijk is. Verzoeker heeft ook niet toegelicht om welke reden hij de wel gevraagde informatie niet over zou kunnen leggen. Gelet op artikel 150 Rv lag het op zijn weg te stellen en te bewijzen dat hij aan de voorwaarden voldeed.

#### *Gestelde identiteitsfraude*

- 7.6. Verzoeker heeft verder gesteld dat de ziektekostenverzekeraar identiteitsfraude heeft gepleegd, omdat de ziektekostenverzekeraar de Sint Maartenskliniek heeft gevraagd een nieuw formulier 'medische verklaring ziekenvervoer' in te vullen en op te sturen. Verzoeker verwijst hiervoor naar artikel 231b WvSr. De commissie merkt allereerst op dat zij op het terrein van het strafrecht niet bevoegd is. Verder stelt zij vast dat verzoeker heeft verklaard, in het bijzonder in zijn brief van 31 juli 2024 aan de commissie, dat hij de ziektekostenverzekeraar, althans de adviserend arts van de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft gegeven medische gegevens op te vragen en contact op te nemen met zijn behandelaars. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat en waarom zijn medisch adviseur in dit geval het contact met de behandelaar heeft gezocht en medische gegevens heeft opgevraagd door een zelfde formulier als verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar had ingediend, voor te leggen aan de revalidatiearts van de Sint Maartenskliniek, met het verzoek dit volledig in te vullen en te retourneren. Dit gebeurde onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur, terwijl verzoeker - als gesteld - toestemming had gegeven voor het opnemen van contact met zijn behandelaars en opvragen van gegevens en het bovendien in zijn belang was om de voortgang in de behandeling van de aanvraag te houden. De commissie acht dit in het onderhavige geval geen ongeoorloofde handelwijze.

#### *Slotsom*

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### 8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 januari 2025,

A. de Ruijter

**Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# 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, immunotherapie 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.



keurmerk voor zzp-ers in de zorg of het HKZ-NEN Keurmerk zzp-ers in Zorg & Welzijn. Dit mag uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan

### **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](https://www.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](https://www.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 vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van 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). 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](https://www.menzis.nl). Menzis stelt vast of u toestemming krijgt en voor welk soort vervoer (openbaar vervoer, eigen vervoer of vervoer met een ander vervoermiddel) u toestemming krijgt.

#### **i** 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 vergoeding van kosten van multidisciplinaire zorg (zorg waarbij verschillende specialisten betrokken zijn). U heeft die zorg nodig omdat u:

- een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend),
- een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend), of
- een communicatieve beperking heeft (ernstige moeilijkheden met spraak/taal) als gevolg van een

---

## **Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering**

---

### **Artikel 150**

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

---

## Wetboek van Strafrecht

---

### Artikel 231b

Hij die opzettelijk en wederrechtelijk identificerende persoonsgegevens, niet zijnde biometrische persoonsgegevens, van een ander gebruikt met het oogmerk om zijn identiteit te verhelen of de identiteit van de ander te verhelen of misbruiken, waardoor uit dat gebruik enig nadeel kan ontstaan, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste vijf jaren of geldboete van de vijfde categorie.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.