

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, C te D
Zaak	: Zittend ziekenvervoer, rolstoelafhankelijk, doelmatigheid
Zaaknummer	: 2008.01699
Zittingsdatum	: 23 september 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door E te F,

Tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 30 maart 2009 hem na 1 juli 2009 geen (gecontracteerd) zittend ziekenvervoer meer te verstrekken.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op het na 1 juli 2008 voortzetten van de verstrekking van zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak, met in achtneming van een overgangperiode, na 1 juli 2008 komt te vervallen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 3 juli 2008 en 30 maart 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 23 juli 2008 heeft verzoeker zijn zaak aan de SKGZ voorgelegd, waarna een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft geleid tot een vergoeding van zittend ziekenvervoer tot 1 juli 2009.
- 3.5. Bij brief van 28 april 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 19 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 juli

2009 aan verzoeker gezonden.

- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 juli 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 30 juli 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 1 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29084492 bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd over te gaan tot nader onderzoek naar de vraag of verzoeker is aangewezen op de onderhavige zorg, omdat niet zonder meer vast staat dat hij niet in aanmerking komt voor de gevraagde vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is op 10 september 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 23 september 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 31 juli 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. Bij brief van 3 november 2009 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op het definitieve advies te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 10 november 2009 op het advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij al jaren gebruik maakt van gecontracteerd zittend ziekenvervoer van de zorgverzekeraar. Als de zorgverzekeraar met de verstrekking daarvan stopt, ziet verzoeker wegens gebrek aan mantelzorg, geen kans meer om naar zijn behandelaars te gaan. Dit is gezien zijn chronische aandoeningen onaanvaardbaar.
- 4.2. Verzoeker stelt voorts dat het voor hem onbegrijpelijk is dat de zorgverzekeraar de norm van de hardheidsclausule koppelt aan een termijn van zes maanden, en niet aan het hele verzekeringsjaar, gezien het feit dat hij chronisch ziek is en doorlopend zittend ziekenvervoer nodig heeft om zich naar zijn behandelaars te begeven.
- 4.3. Verzoeker stelt verder gemotiveerd dat hij voor bepaalde zorg is aangewezen op specifieke (super)gespecialiseerde zorgverleners, in verband met zijn aandoeningen. Om die reden is hij voor bepaalde vormen van zorg, zoals onder andere pijnbestrijding door een anesthesioloog, aangewezen op zorgverleners buiten zijn woonplaats.
- 4.4. De arts van de Algemene Gezondheidszorg en de arts Arbeid en Gezondheid van de GGD Hollands Midden, hebben, na schriftelijke informatie te hebben ingewonnen bij de behandelaar van verzoeker in het kader van een gehandicaptenparkeerkaart voor bestuurders, destijds in 2006 vastgesteld dat verzoeker in staat is lopend aan afstand van 50 tot 100 meter te overbruggen. Uit het schrijven van de anesthesioloog/pijnbehandelaar van verzoeker van 12 februari 2008 blijkt echter dat verzoeker zeer forse pijnklachten heeft die vanuit de nek via beide schouders naar de borstkas en beide handen stralen. Uit een brief van de internist van verzoeker van 14 februari 2008 blijkt dat verzoeker een zeer moeilijk instelbare Diabetes Mellitus type 1 heeft.

- 4.5. Verzoeker stelt daarnaast dat de eis van doelmatigheid, zoals door de zorgverzekeraar opgeworpen, op deze wijze geen rol kan spelen omdat daarmee de vrijheid van keuze voor medische behandelaars en therapieën teniet wordt gedaan.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling nog aangevoerd dat het systeem ten opzichte van de ziekenfondswet niet inhoudelijk is gewijzigd. Wanneer men van mening is dat het anders moet, dient men de wet aan te passen. Verzoeker heeft ter zitting medegedeeld dat hij niet rolstoelafhankelijk is. Op hem is zijns inziens echter de hardheidsclausule van toepassing. Uit de stukken blijkt dat de medisch specialisten die hij bezoekt, zeer gespecialiseerd zijn.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker geen indicatie heeft voor zittend ziekenvervoer als bedoeld in artikel B5 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De overgelegde informatie geeft geen blijk van medisch objectieve redenen dat verzoeker geen gebruik kan maken van medische zorg bij de diverse ziekenhuizen, waaronder een academisch ziekenhuis in zijn woonplaats, in casu Leiden. Gebruik maken van zorg elders, zoals Den Haag of Utrecht, voor zover het verzekerde zorg betreft, is toegestaan, maar de extra kosten die dat met zich brengt, zoals vervoerskosten, zijn daarmee niet doelmatig.
- 5.2. De zorgverzekeraar stelt voorts dat de uitkomst van de hardheidsclausule is gebaseerd op een termijn van zes maanden. Daarom moet elke zes maanden een machtiging worden aangevraagd. Omdat de vergoeding van zittend ziekenvervoer in dit geval niet doelmatig is, wordt aan een toetsing van de hardheidsclausule niet toegekomen.
- 5.3. Voor zover in het verleden de kosten van het zittend ziekenvervoer wel zijn vergoed, is dit een coulancevergoeding geweest. Voor de afbouw daarvan wordt een redelijke termijn in acht genomen. De coulancehalve vergoeding loopt door tot de Geschillencommissie Zorgverzekeringen zijn bindend advies dienaangaande heeft uitgebracht. Verzoeker heeft daarmee overigens voldoende tijd gekregen om zich te wenden tot zorgaanbieders in zijn woonplaats.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de vrije artskeuze niet wordt betwist. Binnen het vervoersdeel moet echter ook gekeken worden naar doelmatigheid. De zorgverzekeraar heeft niet berekend of de hardheidsclausule hier van toepassing is. Deze vraag komt echter niet aan de orde, omdat niet uit de stukken blijkt dat de medisch specialisten die verzoeker bezoekt, de enige specialisten zijn die de aandoeningen van verzoeker kunnen behandelen. Het vervoer is daarmee niet doelmatig. De zorgverzekeraar heeft voorts opgemerkt dat de reden voor de invoering van de hardheidsclausule is dat schrijnende gevallen zittend ziekenvervoer vergoed moesten krijgen. Wanneer een verzekerde zelf ervoor kiest verder te reizen voor zorg dan noodzakelijk is, hoeven de andere verzekerden daar naar de mening van de zorgverzekeraar niet voor op te draaien.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar zittend ziekenvervoer aan verzoeker dient te verstrekken ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande oordeelt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B1 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel B36 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat. Voor zover relevant wordt hierin bepaald:

"B36 Zittend ziekenvervoer

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

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 particuliere auto, tot een maximum van € 0,28 per kilometer. U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel, bijvoorbeeld per taxi, als vervoer per openbaar vervoer of eigen vervoer 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 en het eigen vervoer of het vervoer met een ander vervoermiddel, bijvoorbeeld een taxi, van de begeleider ook vergoed. In bijzondere gevallen kan [naam zorgverzekeraar] vergoeding van de kosten van het openbaar vervoer en het eigen vervoer of het vervoer met een ander vervoermiddel van twee 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 (zie artikel B35), en u nierdialyses moet ondergaan, of*
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan, of*
- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of*
- u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of*
- u een langdurige ziekte of aandoening hebt en voor de behandeling hiervan 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. Ook in dit geval heeft u voorafgaande toestemming van [naam zorgverzekeraar] nodig.*

Let op

- Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.*
- Als [naam zorgverzekeraar] u daarvoor toestemming geeft geldt de beperking van 200 kilometer niet.*
- Als u gebruik maakt van eigen vervoer, wordt de vergoeding berekend op de kortst mogelijke gebruikelijke route.*
- Het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling wordt niet*

vergoed.

(...)

Welke zorgaanbieder

Het vervoer wordt verleend door een vervoersbedrijf of een particulier (bijvoorbeeld een familielid of kennis). [naam zorgverzekeraar] heeft vervoersbedrijven gecontracteerd. Welke dat zijn, wordt vermeld bij het verlenen van toestemming. Bij een vervoersbedrijf dat geen overeenkomst heeft met [naam zorgverzekeraar], krijgt u maximaal € 0,85 vergoed per beladen kilometer. Bij vervoer door een particulier, krijgt u maximaal € 0,28 per kilometer.

(...)”

Met betrekking tot de indicatie en de doelmatigheid bepaalt artikel B5 van de zorgverzekering:

“B5 Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.”

- 7.3. De artikelen B5 en B36 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Zittend ziekenvervoer is naar inhoud en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv. In artikel 2.1 Bzv is bepaald dat een verzekerde slechts aanspraak heeft op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Blijkens de stukken maakt verzoeker gebruik van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De door verzoeker ten laste van de zorgverzekering genoten zorg, waarbij het ziekenvervoer als connex recht moet worden beschouwd, werd en wordt door de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners zonder meer verleend en rechtstreeks gedeclareerd, waarmee de doelmatigheid van deze zorg voor de commissie een gegeven vormt. Een verzekerde die zich wendt tot een door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener mag immers erop vertrouwen dat, indien hem zonder meer die zorg wordt verleend, het gecontracteerde zorg betreft die overeenkomstig de voorwaarden van de zorgverzekering tot de verzekerde prestaties behoort. Treedt de zorgverlener buiten het contract met de zorgverzekeraar door ook niet-verzekerde zorg te leveren, dan is dit iets tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar. De verzekerde staat daar buiten. Dit is slechts anders indien de zorgverlener voorafgaande aan de behandeling duidelijk heeft gemaakt dat het niet-verzekerde zorg betreft, waarvan de kosten voor rekening van de verzekerde komen. Die situatie is hier niet aan de orde.

Hoewel de zorgverzekeraar in zijn nader commentaar van 19 juni 2009 aanvoert dat uit de overgelegde informatie geen medisch objectieve reden blijkt dat verzoeker geen gebruik kan maken van de in zijn woonplaats aanwezige zorg, en daarmee dus ook geen reden tot vergoeding van zittend ziekenvervoer, heeft hij daar kennelijk jarenlang geen aanleiding in gezien hierover het gesprek aan te gaan met de door hem gecontracteerde zorgverleners.

- 7.7. Met betrekking tot de (primaire) vraag of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op het zittend ziekenvervoer overweegt de commissie als volgt. Uit de beoordeling van de GGD Holland Midden van 19 september 2006, in het kader van de aanvraag van herkeuring in verband met een gehandicaptenparkeerkaart voor bestuurders, blijkt dat verzoeker maximaal in staat is tussen de 50-100 meter zelfstandig te lopen. Uit de toelichting hierop door twee artsen, waaronder de Coördinator Sociaal Medische Advisering van de afdeling Algemene Gezondheidszorg van de GGD Holland Midden, blijkt het volgende:

“Betrokkene heeft een longaandoening en een aandoening aan de rug en aan de gewrichten. Ten gevolge van deze aandoeningen heeft betrokkene zodanige beperkingen dat hij redelijkerwijs de afstand van 100 meter niet kan overbruggen. Betrokkene voldoet aan de criteria voor een GPK-B.

Reactie aanvrager

Het bovenstaande advies is niet met de aanvrager besproken, omdat het een dossieronderzoek betreft.

De medische criteria waaraan moet worden voldaan voor het geven van een positief advies zijn met betrokkene besproken.”

Blijkens de onderzoeksgegevens bestaat de aard van de stoornissen uit inwendige stoornissen (inwendige organen, kauwen/slikken, reuk); bewegingsapparaat (mechanische en motorische stoornissen, deficiënties van de extremiteiten) en algemene, sensore andere stoornissen (algemene stoornissen, evenwichtsstoornissen). De aard van de beperking ligt in het voortbewegen (lopen, verplaatsen, vervoer, tillen).

- 7.8. Uit productie 57 van de zorgverzekeraar, de beoordeling van de adviserend geneeskundige van 18 maart 2008, blijkt het volgende:

“Een kanttekening is op zijn plaats betreffende de indicatie voor taxivervoer. Verzekerde heeft in 2006 een gehandicapten parkeerkaart gekregen via de GGD in zijn woonplaats (wegens loopproblemen – viel ondergetekende niet op bij de rechtszitting in Leiden in 2008).

Volgens collega [naam internist] kan verzekerde niet met het openbaar vervoer reizen wegens mogelijke hypoglycaëmiën. Indien dit werkelijk zo is, dan lijkt het ons beter dat verzekerde niet in zijn eigen auto rondrijdt. Nb: volgens de CRvB is er geen mantelzorg, die hem kan rijden.

(...)

In het rechtbankverslag wordt aangegeven dat verzekerde met zittend ziekenvervoer moet, daar hij onverdraaglijke pijnklachten heeft van o.a. de wervelkolom.

Op twee rechtszittingen betreffende conflicten met [naam zorgverzekeraar] kon echter geobserveerd worden, dat verzekerde zich normaal kan bewegen (en lopen).

Collega [naam internist] geeft in zijn laatste brief aan dat verzekerde zich per taxi moet verplaatsen omdat verzekerde naar eigen zeggen hypo's zou kunnen krijgen. De vraag is of het wat uitmaakt of je vervolgens in een taxi zit of in de trein. Het roept bij ons ook de vraag op of [naam verzoeker] zijn rijbewijs ook is ingetrokken om deze reden (of dat hij nog in het bezit is van een auto).

Op 18-09-2006 geeft de GGD op verzoek van [naam verzoeker] een gehandicapten parkeerkaart af (GPK-B) onder de motivatie dat hij slechts 100 meter kan lopen (dosieronderzoek, er is niet met de aanvrager besproken.)."

- 7.9. Hoewel, naar de commissie uit het vorenstaande begrijpt, de zorgverzekeraar niet geheel overtuigd is van de vaststelling door de artsen van de GGD Holland Midden van 19 september 2006, heeft de zorgverzekeraar het op grond van deze twijfels ten opzichte van een jarenlang verleende vergoeding van zittend ziekenvervoer kennelijk niet nodig gevonden om zelf nader onderzoek te doen naar de mobiliteit van verzoeker. Ook het voorafgaande aan de hoorzitting gedane schriftelijk verzoek om informatie betreffende de reactie op het standpunt van de artsen van de GGD Holland Midden van 19 september 2006 heeft niet geleid tot een gemotiveerde betwisting van de vaststelling dat verzoeker maximaal 50-100 meter kan lopen. De enkele mededeling van de adviserend geneeskundige dat op twee rechtszittingen is gebleken dat verzoeker zich normaal kan bewegen (en lopen) zegt immers nog niets over de afstand waarover hij dit kan en geeft bijvoorbeeld ook geen antwoord op de vraag of verzoekers situatie wordt gekenmerkt door 'goede' en 'slechte' perioden. Derhalve is onvoldoende weersproken dat verzoeker maximaal 100 meter kan lopen. Bij de uitleg van de bepaling inzake het zittend ziekenvervoer welke ziet op rolstoelgebruikers, neemt de commissie als uitgangspunt dat degene die niet in staat is maximaal 100 meter lopend af te leggen als rolstoelafhankelijk kan worden aangemerkt. Verzoeker voldoet aan dit criterium; daaraan doet niet af dat hij zichzelf niet als rolstoelafhankelijk beschouwt. Daarmee beschikt verzoeker over een indicatie als bedoeld in artikel B36 van de polisvoorwaarden onder 'u heeft recht op', derde streepje, van de zorgverzekering. Rest nog de vraag naar de doelmatigheid van het zittend ziekenvervoer, die hier naar het oordeel van de zorgverzekeraar – die daarvoor uitdrukkelijk wijst op eerder genoemd artikel B5 van de polisvoorwaarden – ontbreekt.
- 7.10. Met betrekking tot dit laatste overweegt de commissie het volgende. Bekend is dat eertijds door de Centrale Raad van Beroep is geoordeeld in het kader van de ziekenfondsverzekering (o.a. RZA 1994/61) dat het zittend ziekenvervoer een connexe aanspraak is en uit dien hoofde de vrije artsenkeuze volgt, dat wil zeggen voor zover de door die arts te verlenen zorg op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, en voor zover dit vervoer vervolgens het wettelijke vastgestelde maximum van 200 kilometer enkele reis niet overschrijdt. Daarmee is gegeven dat indien de zorg zelf als doelmatig moet worden beschouwd, het welk op zich geen onderdeel uitmaakt van het geschil, de aanspraak op ziekenvervoer geen ruimte biedt voor een afzonderlijke inhoudelijke doelmatigheidstoets. Dit geldt temeer nu de wetgever de enkele reisafstand tot de zorgverlener heeft gemaximeerd tot 200 kilometer enkele reis.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 11 november 2009,

Voorzitter