

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te FF
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, hardheidsclausule, doelmatigheid
Zaaknummer : 2009.01119
Zittingsdatum : 4 november 2009

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 4 februari 2009 de kosten van zittend ziekenvervoer niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra en Tand afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker is door de huisarts voor behandeling doorverwezen naar GGZ Drenthe. Hij heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de daarmee samenhangende kosten van het eigen vervoer, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 5 juli 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 11 september 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 september 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 september 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 15 september 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 oktober 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29101159) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of er een specifieke indicatie is geweest voor doorverwijzing naar de medische behandeling bij de GGZ Drenthe. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 oktober 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 november 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 9 november 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 21 december 2009 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op het advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 januari 2010 op het advies gereageerd. Verzoeker heeft bij brief van 2 februari 2010 op het advies en de reactie van de ziektekostenverzekeraar gereageerd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij wegens relatieproblemen door zijn huisarts is doorverwezen naar de GGZ Drenthe om daar deel te nemen aan de zogenoemde poliklinische (echt)parenegroep. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat vervoer naar deze instelling niet doelmatig is, omdat dichterbij de woonplaats van verzoeker dezelfde zorg kan worden verkregen. Verzoeker is het niet eens met deze stelling, omdat de ziektekostenverzekeraar nooit heeft geïnformeerd naar de inhoudelijke verschillen tussen de zorgaanbieders in de omgeving en de GGZ Drenthe. Iedere GGZ zal groepstherapie aanbieden, doch dit hoeft niet noodzakelijkerwijs dezelfde zorg te zijn. De Maatschappelijke Dienst in Flevoland biedt ook groepstherapie aan, maar heeft verzoeker in overleg met de huisarts doorverwezen naar de GGZ Drenthe. Reden daarvoor was dat aldaar de juiste vorm van groepstherapie wordt aangeboden.

- 4.2. Voorts merkt verzoeker op dat andere echtparen die deelnemen aan de groep wel een vergoeding voor het vervoer ontvangen. De eis van doelmatigheid wordt derhalve niet door alle verzekeraars op dezelfde wijze uitgelegd.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij van de maatschappelijke dienst in zijn woonplaats de mededeling kreeg dat men niets meer voor hem kon betekenen, en dat hij zich kon wenden tot de GGZ Drenthe. Na de eerste zeven intakebezoeken is hij daar vanaf begin 2009 onder behandeling. Verzoeker is van mening dat het vervoer doelmatig is, omdat hij door de maatschappelijke dienst anders zou zijn verwezen naar een zorgverlener dichterbij in de buurt van zijn woonplaats. Het gaat bij de beoordeling van doelmatigheid volgens verzoeker niet om de afstand, maar om de vorm van vervoer waarvoor wordt gekozen. Hij heeft gekozen voor de goedkoopste vorm van vervoer.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het vervoer naar de GGZ Drenthe niet doelmatig kan worden geacht in de zin van de regelgeving, omdat de zorg ook dichterbij de woonplaats van verzoeker kan worden verkregen. De ziektekostenverzekeraar is tot dit oordeel gekomen op basis van zogenoemd deskresearch, waarbij binnen een straal van 30 kilometer vanaf de woonplaats van verzoeker is gezocht. Uit telefonische navraag bij een instelling in Lelystad is gebleken dat daar mensen met relatieproblemen worden geholpen door gesprekken met een psychiater of psycholoog, of in groepsverband.
- 5.2. Uit de stukken blijkt niet van een medisch objectieve reden waardoor verzoeker geen gebruik kan maken van de in de nabije omgeving van zijn woonplaats aanwezige medische zorg op het gebied van relatietherapie. Ook blijkt op geen enkele wijze dat verzoeker of zijn partner, om welke medische reden dan ook, speciaal is aangewezen op medische zorg van de GGZ Drenthe. Evenmin is gebleken van een speciale aandoening van verzoeker dan wel zijn partner, noch van een specialisme van de GGZ Drenthe. Gebruik maken van deze zorg is uiteraard toegestaan, maar de hogere kosten die dat met zich brengt, in casu de vervoerkosten, zijn daarmee niet doelmatig. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar een bindend advies van de commissie van 10 juni 2008 (RZA 2008/118).
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het vervoer niet doelmatig is, nu de therapie ook dichterbij kon plaatsvinden. In het CVZ-advies wordt aangehaakt bij de hardheidsclausule, die hier niet aan de orde is. Enkel de doelmatigheid van het vervoer wordt door de ziektekostenverzekeraar betwist. Het is aan de verzekerde om aan te tonen dat het vervoer over een grotere afstand medisch objectief noodzakelijk is.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van zittend ziekenvervoer naar de GGZ Drenthe te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepols met gecontracteerde zorg, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B36 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“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 vergoeding van kosten van 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 [de ziektekostenverzekeraar] 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 vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer 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 vergoeden van de kosten voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. (...)*

het recht op vergoeding van kosten van vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.(...)

Als u gebruik maakt van eigen vervoer, wordt de vergoeding berekend op de kortst mogelijke gebruikelijke route. (...)

U betaalt een eigen bijdrage van € 89 per kalenderjaar.”

In artikel B5 is bepaald dat een verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg waarop hij aanspraak maakt, en dat deze zorg in zijn situatie doelmatig dient te zijn.

- 7.3. De artikelen B36 en B5 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 b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Zittend ziekenvervoer is naar aard 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. Door partijen wordt niet bestreden dat bij verzoeker geen sprake is van één van de onder artikel B36 tweede tot en met vijfde gedachtestreepje bedoelde situaties, zodat dient te worden getoetst aan de hardheidsclausule. Door de zorgverzekeraars wordt in dat verband wel gebruik gemaakt van een formule, opgesteld door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De commissie begrijpt dat deze wordt gehanteerd als middel, op basis van een onderlinge afspraak tussen de zorgverzekeraars, ter bevordering van een zowel consistente als eenvormige toepassing van de zogenoemde hardheidsclausule, zonder daarmee overigens de mogelijkheid van het op andere wijze vaststellen van onbillijkheid van overwegende aard uit te sluiten. Bedoelde formule luidt als volgt:
- aantal** (maanden) x **aantal** (x per week) x 4 (weken in een maand) x {**aantal** (km enkele reis) x 0,25 (weging)} = X (op basis van enkele afstand)
- Hierbij kunnen de vetgedrukte aantallen variabel ten opzichte van elkaar worden ingevuld om tot een getal onder of boven de 250 te komen. Daar waar sprake is van een gelijke of hogere waarde, heeft de verzekerde aanspraak op basis van de hardheidsclausule.
- 7.7. Toepassing van deze formule leidt tot de volgende uitkomst:
- $$(12/48 \times 12) \times 1 \times 4 \times (0,25 \times 96) = 288$$
- De uitkomst hiervan is hoger dan 250, waardoor verzoeker in beginsel op basis van de hardheidsclausule aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer, ten laste van de zorgverzekering.
- 7.8. Ten aanzien van de vraag of het zittend ziekenvervoer doelmatig is merkt de commissie het volgende op. De door verzoeker ten laste van de zorgverzekering genoten zorg wordt verleend door een zorgverlener die door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd en die rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar declareert, waarmee de doelmatigheid van deze zorg voor de commissie een gegeven vormt.
- 7.9. Zoals in het verleden door de Centrale Raad van Beroep is geoordeeld in het kader van de ziekenfondsverzekering (o.a. RZA 1994/61) vormt het zittend ziekenvervoer een connexe aanspraak welke de vrije artskeuze volgt, althans voor zover de zorg die door de vrij gekozen arts op grond van de zorgverzekering dan wel de AWBZ voor verstrekking of vergoeding in aanmerking komt, en voor zover dit vervoer het

wettelijke vastgestelde maximum van 200 kilometer enkele reis niet overschrijdt. Daarmee is gegeven dat indien de zorg zelf als doelmatig moet worden beschouwd, de aanspraak op ziekenvervoer in beginsel 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.

- 7.10. Een en ander neemt niet weg dat, anders dan voor de vier specifieke groepen, bij toetsing aan de hardheidsclausule niet alleen de onder 7.6 en 7.7 genoemde formule als uitgangspunt dient te worden genomen. In de beoordeling moet in dat geval tevens worden betrokken of nog sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard indien de verzekerde om andere dan medische redenen kiest voor een behandeling verder weg. De verzekerde creëert dan immers zelf de hoge kosten van zittend ziekenvervoer, en daarmee de onbillijkheid indien deze voor zijn rekening zouden blijven. Inherent aan een hardheidsclausule is dat mede rekening wordt gehouden met de mogelijkheden die betrokkene heeft om te voorkomen dat hij op het bestaan van die hardheid een beroep dient te doen.
- In onderhavig geval heeft verzoeker gemotiveerd gesteld dat hij is aangewezen op GGZ Drenthe en dat geen alternatieven in de buurt bestaan. Hij heeft daartoe een verklaring overgelegd van zijn psycholoog. De ziektekostenverzekeraar heeft als verweer gesteld dat genoemde verklaring niet op briefpapier van de instelling is gedrukt, en dat deze daarom niet overtuigend is. Verder heeft hij opgemerkt dat alternatieven bestaan in de directe omgeving van de woonplaats van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij weliswaar een alternatief genoemd, doch heeft niet gemotiveerd toegelicht dat genoemde instantie inhoudelijk dezelfde zorg biedt als GGZ Drenthe. De commissie is daarom van oordeel dat – gezien de uitkomst van de formule en hetgeen door verzoeker gemotiveerd naar voren is gebracht – sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard wanneer de kosten van het zittend ziekenvervoer voor rekening van verzoeker blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.11. De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoeker heeft verzocht.

Conclusie

- 7.12. 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 ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 10 februari 2010,

Voorzitter