

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer
Zaaknummer : ANO07.163
Zittingsdatum : 8 augustus 2007

Zaak: ANO07.163 (Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mw. mr. A.C. van den Boogaard en mr. J.H.A. Teulings)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 10, 11 Zvw, 2.14 Bzv, 2.38 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de zorgverzekeraar van 2 augustus 2006 en 16 september 2006 inzake de afwijzing van het verzoek tot vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer.

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 Zorgverzekering 2006, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering). Het betreft hier een natura-verzekering.
- 3.2. Bij uitkeringsspecificaties van 2 augustus 2006 en 16 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat afwijzend was beslist op het verzoek tot vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Uit de stukken is de commissie niet gebleken dat de zorgverzekeraar schriftelijk op dit verzoek heeft gereageerd.
- 3.4. Bij brief van 16 januari 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van het zittend ziekenvervoer te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 16 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Bij brief van 18 april 2007 heeft de zorgverzekeraar de commissie aanvullende informatie doen toekomen.

- 3.7. Vervolgens heeft de commissie bij brief van 23 april 2007 bij verzoeker aanvullende informatie opgevraagd. Deze informatie heeft verzoeker de commissie op 26 april 2007 doen toekomen.
- 3.8. Bij brief van 19 juni 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Eveneens op 19 juni 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.10. Bij brief van 25 juni 2007 heeft verzoeker gereageerd op het nader commentaar van de zorgverzekeraar van 16 maart 2007. In deze brief noemt verzoeker een document dat nog niet in het dossier aanwezig was. Bij brief van 26 juni 2007 heeft de commissie het bedoelde document bij verzoeker opgevraagd. Verzoeker heeft de commissie dit document, alsmede aanvullende correspondentie, op 2 juli 2007 doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 5 juli 2007 aan het College voor zorgverzekeringen en de zorgverzekeraar toegezonden.
- 3.11. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 18 juli 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.12. Bij brief van 23 juli 2007 heeft verzoeker op het advies van het College voor zorgverzekeringen gereageerd. Een afschrift hiervan is op 25 juli 2007 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.13. Partijen zijn op 8 augustus 2007 telefonisch gehoord.
- 3.14. Bij brief van 9 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker gaat voor een oncologische behandeling naar het ziekenhuis in Brassaat (België). Hij verklaart sinds 2004 een kilometervergoeding voor het vervoer te krijgen. Vanaf 1 januari 2006 vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor het vervoer echter niet meer, omdat volgens de zorgverzekeraar de voorwaarden zijn gewijzigd. Verzoeker zegt dat hij door de zorgverzekeraar niet is geïnformeerd over deze wijziging, alsmede het niet langer benodigd zijn van een E112-formulier. Hij verklaart zelfs – in afwijking van hetgeen de zorgverzekeraar in zijn nader commentaar van 16 maart 2007 stelt – begin 2006 nog een E112-formulier te hebben ontvangen voor de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 maart 2006.
- 4.2. Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker verklaard dat hij een oncologische behandeling met uitsluitend medicijnen ondergaat. Er is – ook in 2004 en 2005 – geen sprake (geweest) van een oncologische behandeling met chemo- of radiotherapie.

- 4.3. Verzoeker is dan ook van mening dat de zorgverzekeraar de kosten voor het vervoer dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar verklaart dat verzoeker in 2004 en 2005 ziekenfondsverzekerd was. Op 11 januari 2005 heeft de zorgverzekeraar een E112-formulier afgegeven voor een extramurale (poliklinische) behandeling in België, in verband met prostaata-denocarcinoma met botmetastasering. Dit formulier was volgens de zorgverzekeraar, met verlenging, geldig tot en met 31 december 2005.
- 5.2. Verder geeft de zorgverzekeraar aan dat de voorwaarden voor zittend ziekenvervoer sinds augustus 2004 zijn gewijzigd. Alleen indien wordt voldaan aan één van de gestelde criteria komt het zittend vervoer voor vergoeding in aanmerking. Om de kosten vergoed te krijgen, moest vooraf een machtiging worden aangevraagd. Voor de jaren 2004 en 2005 heeft de zorgverzekeraar het E112-formulier gelijkgesteld aan de machtiging voor het vervoer, welk formulier volgens de zorgverzekeraar in de situatie van verzoeker geldig was tot 31 december 2005.
- 5.3. Met ingang van 1 januari 2006 is de zorgverzekeringswet van kracht geworden. De zorgverzekeraar verklaart sinds deze datum geen E112-formulieren meer te verstrekken, omdat dit volgens hem wettelijk gezien niet nodig is. Verder zegt de zorgverzekeraar dat hij niet verplicht is wijzigingen die op basis van overheidsbeslissingen plaatsvinden vooraf aan verzekerden door te geven. Wel ontvingen zijn verzekerden deze informatie op het moment waarop zij in 2006 vroegen om verlenging van het E112-formulier. De zorgverzekeraar zegt dat een en ander bij verzoeker in eerste instantie is "misgelopen".
- 5.4. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat de zorgverzekeraar hem had moeten meedelen dat hij geen recht meer heeft op vergoeding van de kosten voor het zittend ziekenvervoer merkt de zorgverzekeraar op dat het voor hem niet mogelijk is iedereen persoonlijk op wijzigingen te wijzen. Verder verklaart de zorgverzekeraar dat hij met de invoering van het nieuwe zorgstelsel aan al zijn verzekerden, gelijktijdig met het aanbod voor de nieuwe zorgverzekering, de polisvoorwaarden heeft gezonden. Volgens de zorgverzekeraar had verzoeker dus op de hoogte kunnen zijn van het feit dat hij vooraf een machtiging had moeten aanvragen.
- 5.5. Vervolgens stelt de zorgverzekeraar dat verzoeker in 2006 niet voldoet aan de verzekeringvoorwaarden voor zittend ziekenvervoer. Verzoeker ondergaat wel oncologische behandelingen, doch zonder chemo- of radiotherapie. Bovendien voldoet verzoeker niet aan de hardheidsclausule. Tijdens de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar erkend dat verzoeker ook in 2004 en 2005 niet voldeed aan de voorwaarden voor zittend ziekenvervoer.
- 5.6. De zorgverzekeraar concludeert dat de kosten van het zittend ziekenvervoer vanaf 1 januari 2006 niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Verder geeft de zorgverzekeraar aan niet bereid te zijn een uitzondering te maken door de in 2006 gemaakte vervoerskosten alsnog te vergoeden.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Verzoeker verzoekt om vergoeding van door hem met de eigen auto gereden kilometers naar het ziekenhuis in Brasschaat ten behoeve van een oncologische behandeling. De vraag of in dit geval aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten moet worden beantwoord aan de hand van de tussen partijen ten tijde van het maken van de onderhavige kosten bestaande verzekeringsovereenkomst, te weten de zorgverzekering.
- 7.2. Op grond van artikel 12.1 van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op zorg in natura zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden. De zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering. Op grond van de zorgverzekering bestaat – onder bepaalde voorwaarden – uitsluitend aanspraak op ambulancevervoer (artikel 33) en zittend ziekenvervoer (artikel 34). In dit geval is geen sprake van vervoer per ambulance, zodat het bepaalde in artikel 33 van de zorgverzekering hier verder beschouwing kan blijven. Resteert de vraag of verzoeker een aanspraak kan ontlenen aan artikel 34 van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang, bepaalt laatstgenoemd artikel het volgende:

Artikel 34. Zittend ziekenvervoer

Omschrijving:

ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 33, Ambulancevervoer, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van de verzekerde over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

1. 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; (...)

4. naar zijn woning (...), indien hij komt van een van de personen of instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1, 2 of 3.

Indien het vervoer zoals aangegeven in dit artikel, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij Regeling zorgverzekering te bepalen bedrag per kilometer.

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

- a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;*
- b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;*
- c. de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;*
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;*
- e. de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.*
(...)

Voorschrift:

huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

(...)

2. in gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan Zorgverzekeraar [...] toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door Zorgverzekeraar [...] aan te geven vervoermiddel;

3. de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. (...)

Volgens artikel 1 onderdeel 32 is een "machtiging" een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar wordt verstrekt ten behoeve van de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

- 7.3. De zorgverzekering, en daarmee de regeling ten aanzien van het zittend ziekenvervoer, is volgens artikel 1, onder 61 van de zorgverzekering, gebaseerd op hetgeen daarover bij of volgens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregelde niet te boven gaan. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen situaties waarbij aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer stroken met het daaromtrent bepaalde in de artikelen 10 en 11 Zvw en artikel 2.14 van het Besluit zorgverzekering. Verder merkt de commissie nog op dat in artikel 2.38 van de Regeling zorgverzekering is geregeld dat indien het voor vergoeding in aanmerkende zittende ziekenvervoer per particuliere auto plaatsvindt, de vergoeding (in 2006) € 0,24 per kilometer bedraagt.
- 7.4. Vervolgens stelt de commissie vast dat verzoeker niet voldoet aan de in artikel 34 onder a, c en d van de zorgverzekering genoemde situaties. Verzoeker ondergaat weliswaar een oncologische behandeling, maar de commissie is niet gebleken dat deze behandeling gepaard gaat met chemotherapie of radiotherapie. Verzoeker heeft tijdens de hoorzitting zelfs expliciet verklaard dat de behandeling uitsluitend met medicijnen plaatsvindt. Zodoende is ook geen sprake van de situatie zoals genoemd in artikel 34 onder b van de zorgverzekering.
- 7.5. De vraag die vervolgens ter beantwoording voorligt, is of hier sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 34 onder e van de zorgverzekering. In dat verband is door de zorgverzekeraar een beroep gedaan op de door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) opgestelde formule. De commissie begrijpt dat deze formule wordt gehanteerd als middel, op basis van een onderlinge afspraak tussen de zorgverzekeraars, ter bevordering van een zowel consistente als eenvormige toepassing van deze 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. Indien X groter is dan of gelijk is aan 250, heeft de verzekerde aanspraak op

vergoeding van kosten zittend ziekenvervoer, op basis van de hardheidsclausule.

- 7.6. Uit het formulier “Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer” blijkt dat verzoeker 1,5 keer per maand het ziekenhuis in Brasschaat bezoekt. De afstand enkele reis bedraagt volgens Routenet Routeplanner 41,1 kilometer. Wordt de ZN-formule ingevuld op basis van bovenstaande gegevens dan leidt dit in de onderhavige zaak tot de volgende berekening:

$$12 \text{ (maanden)} \times 0,375 \text{ (keer per week)} \times 4 \text{ (weken in een maand)} \times \{41,1 \times 0,25\} = 184,95.$$

Hieruit volgt dat het gebruik van het ziekenvervoer op dit moment zodanig is dat niet wordt voldaan aan de norm van ten minste 250, zoals volgt uit de ZN-formule.

- 7.7. Naar het oordeel van de commissie kan niet worden volstaan met de enkele vaststelling dat verzoeker niet voldoet aan de criteria van de ZN-formule, doch dient aan de hand van alle door verzoeker naar voren gebrachte feiten en omstandigheden te worden nagegaan of afwijzing van de aanvraag voor zittend ziekenvervoer tot onevenredige hardheid leidt.

In dit geval gaat verzoeker 1,5 keer per maand naar het ziekenhuis in Brasschaat. Gezien deze frequentie, alsmede de overige door verzoeker aangevoerde feiten en omstandigheden, is de commissie van oordeel dat in de situatie van verzoeker niet kan worden gesproken van een onbillijkheid van overwegende aard.

- 7.8. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat de zorgverzekeraar in 2004 en 2005 wel alle kosten van zittend ziekenvervoer heeft vergoed en voorts dat deze hem niet heeft geïnformeerd over het feit dat de voorwaarden voor de aanspraak op zittend ziekenvervoer per 1 januari 2006 zijn gewijzigd. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

Gebleken is dat verzoeker in 2004 en 2005 ziekenfondsverzekerd was. Tijdens de hoorzitting is gebleken dat verzoeker toen – net als nu onder de zorgverzekering – niet voldeed aan de voorwaarden voor het zittend ziekenvervoer. Niettemin zijn in 2004 en 2005 de kosten van het zittend ziekenvervoer wél door de zorgverzekeraar vergoed. Verder heeft de zorgverzekeraar aangegeven dat indertijd – net als nu onder de zorgverzekering – voor zittend ziekenvervoer een voorafgaande machtiging nodig was. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij voor de jaren 2004 en 2005 het E112-formulier heeft gelijkgesteld aan de machtiging voor zittend ziekenvervoer. Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet en de daarop gebaseerde regelgeving van kracht geworden. Uit de toelichting op het Besluit zorgverzekering kan worden afgeleid dat de situaties waarbij aanspraak bestaat op ziekenvervoer gelijk zijn aan de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet. De commissie constateert vervolgens dat verzoeker beschikt over een door de zorgverzekeraar afgegeven E112-formulier voor de periode 1 januari 2006 tot en met 31 maart 2006. De commissie is niet gebleken dat verzoeker toen ook – door middel van een daartoe strekkend schrijven, dan wel blijkend uit de polisvoorwaarden – door de zorgverzekeraar op de hoogte is gebracht van het feit dat het E112-formulier niet langer wordt gelijkgesteld aan een machtiging voor het zittend ziekenvervoer. Uit de in het dossier aanwezige documenten – waaronder het nader commentaar van de zorgverzekeraar van 16 maart 2007 – maakt de commissie op dat verzoeker eerst na zijn verzoek om verlenging van het E112-formulier in maart/april 2006 op de hoogte is gesteld van de wijziging in de afgifte van

dit formulier.

- 7.9. De commissie is van oordeel dat het een zorgverzekeraar in beginsel vrij staat een machtigingsprocedure te wijzigen. Deze wijziging dient voor de verzekerden echter wel kenbaar te zijn. Nu daarvan in dit geval niet is gebleken, acht de commissie – mede indachtig het bepaalde in artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek – het gezien voorgaande redelijk dat de zorgverzekeraar de door verzoeker gedeclareerde reiskosten over de periode 1 januari 2006 tot en met 31 maart 2006 alsnog aan verzoeker vergoedt. Gezien de door verzoeker ingediende declaratie over het eerste halfjaar 2006, komt dit neer op een vergoeding van (3 x 70 kilometer x € 0,24 per kilometer) € 50,40.

Aangezien de geldigheid van het E112-formulier per 1 april 2006 is geëindigd en niet gebleken is dat verzoeker beschikt over een daartoe op grond van artikel 34 van de zorgverzekering vereiste machtiging, is de commissie van oordeel dat de overige gemaakte kosten voor zittend ziekenvervoer niet voor vergoeding in aanmerking komen.

- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de gedeclareerde kosten van het zittend ziekenvervoer over de periode 1 januari 2006 tot en met 31 maart 2006 betreft. Voor het meerdere dient het verzoek te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe voor zover het betreft de kosten van het zittend ziekenvervoer over de periode 1 januari 2006 tot en met 31 maart 2006. Voor het meerdere wijst de commissie het verzoek af.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan eiser dient te vergoeden een bedrag ad 37,00 euro.

Zeist, 22 augustus 2007,

Voorzitter