

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer
Zaaknummer : ANO07.306
Zittingsdatum : 7 november 2007

Zaak: ANO07.306 (Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10 en 11 Zvw, 2.14 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 8 november 2006 inzake het niet vergoeden van de kosten van zittend ziekenvervoer.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 8 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat het taxivervoer in verband met een langdurige behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de opgegeven reden van afwijzing niet juist is. Op andere gronden wijst de zorgverzekeraar de vergoeding echter ook af.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging voor de tweede afwijzing gevraagd. Bij brief van 5 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 13 maart 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de gemaakte vervoerskosten alsnog te vergoeden.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 20 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 21 juni 2007 naar verzoekster gezonden.
- 3.8. Bij brief van 11 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker op 13 september 2007 afgezien, de zorgverzekeraar heeft op 20 september 2007 kenbaar gemaakt niet gehoord te willen worden.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 15 oktober 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is met het bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 22-jarige vrouw. Van 14 februari 2006 tot en met 7 april 2006 heeft verzoekster een klinische behandeling ondergaan bij de Gelderse Roos te Lunteren, een centrum voor psychotherapie.
- 4.2. Vanwege de intakegesprekken in de periode 7 december 2005 tot en met 9 februari 2006 en de therapie heeft verzoekster reiskosten gemaakt, welke zij achteraf heeft gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Verzoekster heeft een totaal van 2.074,8 kilometers gedeclareerd, hetgeen bij een vergoeding van € 0,24 per kilometer neerkomt op een bedrag van € 497,95.
- 4.3. Verzoekster is van mening dat de zorgverzekeraar niet in tweede instantie met andere argumenten kan komen om vergoeding af te wijzen en is van mening dat de zorgverzekeraar wegens de gemaakte procedurefout alsnog tot vergoeding van de vervoerskosten dient over te gaan.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar erkent dat hij in de brief van 8 november 2006 de verkeerde afwijzingsreden heeft gegeven. Het is echter niet mogelijk wegens deze vergissing een uitzondering te maken door verzoekster alsnog een machtiging te verlenen voor de vergoeding van vervoerskosten.
- 5.2. De zorgverzekeraar stelt dat verzoekster niet aan de eisen voldoet om voor een machtiging in aanmerking te komen. Om voor vergoeding van vervoerskosten in aanmerking te komen, is een machtiging vereist. In principe moet de machtiging vooraf gevraagd worden, maar de zorgverzekeraar gaat coulant om met aanvragen achteraf.
- 5.3. Verzoekster heeft de declaratie op 20 oktober 2006 gestuurd en de periode waarin zittend ziekenvervoer nodig was, ging in op 7 december 2005 en eindigde op 9 februari 2006. De periode van het weekendvervoer ging in op 14 februari en eindigde op 2 april 2006. De kosten waren derhalve al gemaakt op het moment dat de zorgverzekeraar het declaratieformulier ontving.

- 5.4. Om een machtiging te krijgen volgens categorie e (de hardheidsclausule) moet de uitkomst van de som die op het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer staat hoger zijn dan 250. Voor beide periodes voldoet verzoekster niet aan de eisen om voor een machtiging in aanmerking te komen. Daarnaast dient, om voor vergoeding van weekendvervoer in aanmerking te komen, onder andere sprake te zijn van een opnameduur van minstens drie maanden. Uit de bij de zorgverzekeraar bekende gegevens blijkt dat verzoekster een kortere periode is opgenomen. Daarom heeft zij geen recht op vergoeding van vervoer in verband met weekendverlof.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat hij niet alsnog een machtiging voor de vergoeding voor vervoerskosten dient af te geven.

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. Tevens merkt de commissie op dat zij slechts een bindend advies kan uitbrengen omtrent de vervoerskosten gemaakt in 2006.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn geregeld in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis. Vergoeding voor zittend ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, is geregeld in artikel 34 van de zorgverzekering. Artikel 34 bepaalt dat in de gevallen onder 1 tot en met 4 de vergoeding een bij de Rzv te bepalen bedrag per kilometer bedraagt bij vervoer met een particuliere auto. Deze aanspraak bestaat blijkens artikel 34 van de voorwaarden uitsluitend in de gevallen van a tot en d en, op basis van het gestelde onder e, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- 7.3. De regeling van artikel 34 is volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de 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. Ziekenvervoer per auto, niet zijnde een ambulance, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 van het Bzv. In lid 3 van dit artikel is een hardheidsclausule opgenomen. Deze houdt in dat in afwijking van lid 1, onderdelen a tot en met d, vervoer ook omvat het vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen is op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Tussen partijen is niet in geschil dat de instelling waar verzoekster de behandeling heeft gevolgd een AWBZ-instelling is en dat de kosten van de therapie ten laste van de AWBZ zijn vergoed. Verblijf in de thuissituatie, in de weekenden, behoorde tot de behandeling. De kosten van ziekenvervoer kunnen in dit geval derhalve voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering, indien wordt voldaan aan de overige voorwaarden die gelden voor deze aanspraak.
- 7.7. In het geval van verzoekster is geen van de in artikel 34 onder a tot en met d genoemde specifieke situaties aan de orde. Ten aanzien van de in artikel 34 onder e genoemde hardheidsclausule geldt het volgende. De commissie begrijpt dat de formule van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) wordt gehanteerd als middel, op basis van een onderlinge afspraak tussen de zorgverzekeraars, ter bevordering van een zowel consistente als eenvormige toepassing van de 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.
- 7.8. Toepassing van deze formule leidt in de situatie van verzoekster voor het jaar 2006 tot een uitkomst die onder 250 ligt:
- $$4 \times 0,77 \times 4 \times (54,6 \times 0,25) = 168$$
- 7.9. Gesteld noch gebleken is van feiten of omstandigheden die tot de conclusie kunnen leiden dat in dit geval moet worden gesproken van een onbillijkheid van overwegende aard indien het vervoer niet wordt vergoed.
- 7.10. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat de zorgverzekeraar een procedurefout heeft gemaakt, en hij daarom alsnog de kosten dient te vergoeden, oordeelt de commissie als volgt. Het staat een zorgverzekeraar in beginsel vrij een gemaakte fout

te herstellen tenzij de verzekerde daardoor naar maatstaven van redelijkheid onaanvaardbaar wordt benadeeld.

- 7.11. Verzoekster heeft de vervoerskosten achteraf geclaimd. Het is derhalve niet zo dat zij door de onjuiste mededeling van de zorgverzekeraar kosten heeft gemaakt die zij anders niet gemaakt zou hebben. Tevens zijn geen verwachtingen gewekt, daar de zorgverzekeraar reeds in de eerste brief de kosten afwees, zij het op een andere grond. Het enkele feit dat de zorgverzekeraar een verkeerde reden voor de afwijzing heeft gegeven, maakt het bovenstaande niet anders.
- 7.12. Het voorgaande zou niet anders zijn indien verzoekster de declaratie tijdig had ingediend, aangezien in de onderhavige situatie geen sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard als het vervoer niet wordt vergoed.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 november 2007

Voorzitter