



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, tegen D te E en F te G
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, weekendverlof, coulance, overgangstermijn
Zaaknummer : 201400060
Zittingsdatum : 17 september 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.14 Bzv, 2.38 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) D te E, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis vier sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzekerde aanspraak gemaakt op zittend ziekenvervoer in verband met weekendverlof van het epilepsiecentrum te Heeze naar het huisadres van verzekerde v.v. in de periode van 1 april 2012 tot en met 31 december 2012 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd bereid te zijn zijn besluit te heroverwegen indien het Zorgkantoor het betreffende vervoer heeft afgewezen. Hiertoe dient verzoeker een behandelplan over te leggen waaruit blijkt dat het weekendverlof van verzekerde deel uitmaakt van een geneeskundige behandeling. Ook verneemt de ziektekostenverzekeraar graag wat de geplande ontslagdatum is.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 15 september 2013 nogmaals verzocht de vervoerskosten van verzekerde over de periode van 1 april 2012 tot en met 31 december 2012 aan hem te vergoeden. Op 6 oktober 2013 heeft verzoeker de verklaring van 22 januari 2013 van de hoofdbehandelaar van verzekerde aan de ziektekostenverzekeraar

gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft - om verzoeker tegemoet te komen - de kwestie nogmaals beoordeeld. Bij brief van 4 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 5 januari 2014 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 van € 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 de commissie bij brief van 27 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 juni 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 juni 2014 per e-mail medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 juni 2014 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 4 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 juli 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014071029) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat alleen aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling waar de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ onderzoek of behandeling moet ondergaan, of voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt. Beide situaties zijn in het geval van verzekerde niet van toepassing. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 juli 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft de commissie op 14 juli 2014 verzocht om uitstel voor voornoemde reactie, omdat hij hierover wilde overleggen met de behandelend neuroloog. De commissie heeft verzoeker vervolgens uitstel verleend. Op 5 en 8 september 2014 heeft de commissie de reacties van verzoeker ontvangen. Afschriften hiervan zijn op 15 september 2014 aan de ziektekostenverzekeraar verzonden. De ziektekostenverzekeraar heeft niet op het advies van het Zorginstituut of op de nagekomen informatie van verzoeker gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzekerde woont sinds 14 juni 2011 in een epilepsiecentrum (AWBZ-instelling) en gaat ieder weekend (van donderdagavond tot zondagmiddag) naar huis. Er is meerdere keren per dag telefonisch contact tussen de verzorgers en de moeder van verzekerde. In het Zorgplan van 8 maart 2013 van de instelling waar verzekerde (op dat moment 7 jaar oud) verblijft, wordt verklaard dat zij een ernstige meervoudige beperking heeft en moeilijk behandelbare epilepsie. De oorzaak is tubereuze sclerose. Verzekerde gebruikt hiervoor medicatie (anti-epileptica) en is niet aanvalsvrij. Zij heeft veel verschillende aanvallen: myoclonie, tonische en tonisch-clonische aanvallen, zowel overdag als 's nachts. Bijkomend is sprake van een cerebrale visuele handicap, waarvan de invloed op het functioneren niet duidelijk is. Verzekerde neemt deel aan een Rapamycine-studie via het Erasmus MC te Rotterdam. Sinds verzekerde de Rapamycine is gaan gebruiken, is de aanvalsfrequentie verbeterd, is zij alerter, fitter en zit zij beter in haar vel. Wel is haar weerstand verminderd, waardoor zij vaker verkouden is. Verzekerde krijgt éénmaal per week kinderfysiotherapie in het epilepsiecentrum om haar motorische ontwikkeling te stimuleren en te verbeteren.

-  4.2. Verzekerde zal deelnemen aan een project op het gebied van communicatie in het epilepsiecentrum.
Er doet zich momenteel een gedragsverandering bij verzekerde voor. Naast de toenemende interesse in haar omgeving is sprake van motorische onrust en hard gillen. Er wordt multidisciplinair onderzoek gedaan naar deze gedragsverandering. Aansluitend zal het begeleidingsplan worden aangepast.
Verzekerde is voor haar verzorging volledig afhankelijk van haar ouders en begeleiders.
-  4.3. Bij brief van 22 januari 2013 heeft de hoofdbehandelaar, een GZ-psycholoog van het epilepsiecentrum, verklaard dat het voor de ontwikkeling van verzekerde belangrijk is dat zij, naast de zorg en aandacht van de professionele hulpverleners, de aandacht heeft van haar ouders en broers. Het is zaak dat verzekerde gewend blijft aan de thuissituatie, zodat zij gewone alledaagse ervaringen kan blijven opdoen, dat de band met haar broers intact blijft, en dat zij zich gewaardeerd weet in de speciale aandacht die alleen ouders kunnen geven. Voor het vervoer is verzekerde - gezien de ernst van haar handicap en epilepsie - volledig afhankelijk van haar ouders.
-  4.4. Voorts heeft de hoofdbehandelaar van verzekerde op 10 februari 2014 verklaard dat in het Zorgplan voor 2013 weliswaar niet met zoveel woorden is vermeld dat het een specifiek streven is naar volledige terugkeer naar huis of dat het therapeutisch weekendverlof bijdraagt aan het bij terugkeer kunnen functioneren in de thuissituatie, maar dat dit wel steeds het uitgangspunt is geweest. In het Zorgplan voor 2012 is afgesproken de indicatie steeds voor één jaar aan te vragen/te verlengen in afwachting van de aanpassingen in de thuissituatie. Hierbij is steeds ervan uitgegaan dat als verzekerde voldoende thuis zou blijven komen, een volledige terugkeer naar huis qua verzorging en begeleiding ook te realiseren zou zijn, zonder daarvoor een specifiek plan op te stellen. Door de zorgverlener is de opname in het epilepsiecentrum eigenlijk steeds beschouwd als de bijzondere situatie. Voor de zorgverlener is altijd duidelijk geweest dat een aangepaste woning een voorwaarde is om de ontwikkeling van verzekerde zeven dagen per week te kunnen stimuleren. Verzekerde heeft een ZZP VG8 zorgzwaartepakket. Behandeling maakt hiervan wel degelijk deel uit. Ook in de thuissituatie zal verzekerde zijn aangewezen op medische en paramedische behandeling.
-  4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft driemaal een machtiging verleend met een looptijd van enkele maanden voor vergoeding van het vervoer in verband met het weekendverlof van verzekerde. In totaal is voor een periode van één jaar een machtiging verstrekt. De situatie is na 1 april 2012 niet gewijzigd ten opzichte van de situatie vóór deze datum. Door de zorgverleners en verzoeker is voldoende informatie verstrekt over de aard van het vervoer, te weten het toewerken naar terugkeer thuis. Verzekerde verbleef in deze periode ongeveer de helft van de week in het epilepsiecentrum en de andere helft thuis bij haar ouders, dit in het kader van de resocialisatie en vooruitlopend op een permanent verblijf in het gezin na aanpassing van het huis. Verzekerde staat ingeschreven in de gemeente van haar huisadres. In 2014 wordt het huis aangepast, zodat het wordt toegerust op de zware en intensieve zorgbehoefte van verzekerde. Zodra dit is gerealiseerd, zal verzekerde weer gedurende de hele week deel uitmaken van het gezin.
-  4.6. In zijn e-mailbericht van 14 juli 2014 aan de behandelend neuroloog, heeft verzoeker medegedeeld dat de woningaanpassing inmiddels is gerealiseerd en dat verzekerde daarom vanaf 1 augustus 2014 weer volledig thuis zal komen wonen.
-  4.7. Verzekerde is thans niet meer verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. De nieuwe ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten van het zittend ziekenvervoer in verband met het weekendverlof wél.
-  4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

- 4.9. Verzoeker heeft de commissie - in reactie op het advies van het Zorginstituut - op 5 en 8 september 2014 per e-mail de verklaringen van de (toenmalig) behandelend neuroloog van 16 januari 2012 en 3 september 2014 gezonden. Hierin wordt verklaard dat verzekerde in de weekenden thuis verbleef in het kader van het tegengaan van potentiële vervreemding van de thuissituatie.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 29 mei 2012 medegedeeld dat de aanvraag voor de verlenging van de machtiging voor het vervoer in verband met het weekendverlof van verzekerde is afgewezen, omdat deze kosten maximaal één jaar worden vergoed.
- 5.2. Bij brief van 22 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker nogmaals medegedeeld dat de kosten van vervoer in verband met therapeutisch weekendverlof niet langer dan twaalf maanden worden vergoed. In de zorgverzekering is geen aanspraak opgenomen voor deze kosten. Volgens artikel 33 van de zorgverzekering is geen vergoeding mogelijk voor vervoer in verband met therapeutisch weekendverlof van een (verblijfs)instelling naar huis en terug. Op grond van de jurisprudentie is het wel mogelijk therapeutisch weekendverlof uit de zorgverzekering te betalen. Het weekendverlof moet dan een medisch geïndiceerd onderdeel zijn van een geneeskundige behandeling. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar ervoor gekozen vervoer in verband met therapeutisch weekendverlof hoogstens twaalf maanden te machtigen. Dit is namelijk de maximale periode gedurende welke de ziektekostenverzekeraar klinische zorg vergoedt in het kader van een geneeskundige behandeling.
- 5.3. Verzekerde is langdurig opgenomen in het epilepsiecentrum. Op de afdeling waar verzekerde verblijft, wordt zogenoemde woonzorg (verblijfs- of AWBZ-zorg) verleend. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat het weekendverlof niet (meer) plaatsvindt als onderdeel van een geneeskundige behandeling.
- 5.4. In het e-mailbericht van 18 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat op grond van de jurisprudentie vergoeding mogelijk is van de kosten van vervoer in het kader van weekendverlof indien dit verlof een geïndiceerd onderdeel is van een geneeskundige behandeling en dient ter resocialisatie. Op grond van de informatie waarover de ziektekostenverzekeraar beschikt, heeft deze geoordeeld dat het weekendverlof van verzekerde geen deel uitmaakt van een geneeskundige behandeling. Zij verblijft in het epilepsiecentrum op grond van verblijfsindicatie ZZP VG8. Dit betekent dat zij in het epilepsiecentrum woont met begeleiding en zeer intensieve verzorging. Er is dus geen sprake van een geneeskundige behandeling. Daarnaast gaat verzekerde naar huis om gewend te blijven aan de gezinssituatie. Dit is volgens de ziektekostenverzekeraar geen resocialisatie.
- 5.5. In de brief van 27 mei 2014 stelt de ziektekostenverzekeraar dat de afgegeven machtigingen eigenlijk niet verleend hadden mogen worden, omdat sprake was van AWBZ-zorg vanaf het moment dat verzekerde in het epilepsiecentrum verbleef. De betreffende afdeling heeft zich dat gerealiseerd en daarom zijn de kosten van het vervoer in verband met het weekendverlof op basis van coulance vergoed.
- In december 2011 is verzoeker diverse malen medegedeeld dat de coulanceregeling tot 1 april 2012 zou doorlopen en dat hij een aanvraag kon indienen bij het Zorgkantoor aangezien sprake is van AWBZ-zorg. Gelet op het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar van mening dat sprake is van een redelijke overgangstermijn, waarbij verzoeker voldoende tijd heeft gehad om passende maatregelen te treffen.
- De medisch adviseur heeft het Zorgplan van verzekerde en de brief van de hoofdbehandelaar bestudeerd. Zijns inziens wordt niet "in meetbare behandeldoelen [...] aangegeven waarom verblijf in de thuissituatie bijdraagt aan het beter gaan functioneren van betrokkene."

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel volgens de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie 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. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het zittend ziekenvervoer in verband met weekendverlof in de periode van 1 april 2012 tot en met 31 december 2012 ten behoeve van verzekerde te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 33 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenvervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

- van en naar een zorgverlener, zorgverlenende instelling waarvan de zorg geheel of gedeeltelijk ten laste van deze basisverzekering komt;*
- naar een instelling waar u ten laste van de AWBZ zult verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);*
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ onderzoek of een behandeling moet ondergaan;*
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;*
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning wanneer u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt krijgen.*

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

- per ambulance;*
- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,30 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:*
 - nierdialyse ondergaan;*
 - oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan;*
 - visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;*
 - rolstoelafhankelijk zijn.*
- vervoer van een begeleider wanneer begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.*

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 93,- per persoon per kalenderjaar.

(...)

Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheidsclausule. U dient dan in verband met behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer, waarbij het niet verstrekken van dat vervoer voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt. (...)"

- 8.4. Artikel 33 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.38 Rzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 23 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op ziekenvervoer en luidt, voor zover hier van belang:

"Vervoerskosten

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer wanneer en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer vanuit de Beter Af Polis. Wij vergoeden de kosten van taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

(...)

- een inrichting waarin u ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

(...)

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak kunt maken. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure 'Vervoer' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit uw Beter Af Polis, de AWBZ of uw aanvullende verzekering wordt vergoed.

- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

*eigen vervoer € 0,30 per km; taxivervoer gecontracteerd 100%, niet gecontracteerd maximaal € 0,70 per km. Maximaal € 2.000,- per persoon per kalenderjaar
(...)"*

 9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

-  9.1. Op grond van artikel 33 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bestaat onder andere aanspraak op vergoeding van zittend ziekenvervoer (i) naar een instelling waar de verzekerde ten laste van de AWBZ zal verblijven (waarbij de zorg niet slechts gedurende één dagdeel zal worden verleend) en (ii) van deze AWBZ-instelling naar het woonhuis van de verzekerde. Verder is in dit artikel bepaald dat de vergoeding € 0,30 per kilometer bedraagt voor vervoer per eigen auto, onder andere bij verzekerden die rolstoelafhankelijk zijn.
-  9.2. De commissie is gebleken dat verzekerde aanvankelijk gedurende een deel van de week verbleef in een AWBZ-instelling, mede omdat de situatie thuis nog niet was afgestemd op haar zorgbehoefte. Inmiddels is het huis aangepast, en sinds 1 augustus 2014 verblijft zij weer volledig bij haar ouders. Uit het Zorgplan voor 2013 van de AWBZ-instelling waarin verzekerde tot 1 augustus 2014 (deels) verbleef, blijkt dat verzekerde rolstoelafhankelijk is. Verzekerde behoort daarmee tot de in artikel 33 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering genoemde doelgroepen. Voorts is sprake van vervoer naar en van een AWBZ-instelling waar verzekerde verbleef. Anders dan de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 22 oktober 2012 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen stelt, is in voornoemd artikel de vergoeding voor vervoer ter zake van therapeutisch weekendverlof niet uitgesloten van vergoeding. De commissie is daarom van oordeel dat verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van het vervoer van de AWBZ-instelling naar het huisadres v.v..
-  9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het vervoer gedurende maximaal twaalf maanden wordt vergoed indien sprake is van weekendverlof. Zoals het Zorginstituut in het advies van 7 juli 2014 heeft toegelicht, is de jurisprudentie ten aanzien van het weekendverlof sinds 1 januari 2006 niet meer relevant en kan hieraan niet meer worden getoetst. Daarnaast is de door de ziektekostenverzekeraar genoemde termijn van twaalf maanden niet opgenomen in de polisvoorwaarden. Voor zover de ziektekostenverzekeraar beoogt te stellen dat deze termijn op grond van eigen beleid door hem wordt toegepast, kan dit verzoeker niet worden tegengeworpen, aangezien dit beleid voor verzoeker niet kenbaar was. Hetzelfde geldt voor het al dan niet onverplichte karakter van de verleende vergoeding.
-  9.4. Gezien het voorgaande, concludeert de commissie dat verzekerde aanspraak heeft op vervoer per eigen auto van de AWBZ-instelling naar huis v.v. gedurende de periode van 1 april 2012 tot en met 31 december 2012. Wellicht ten overvloede merkt de commissie hierbij het volgende op. In de machtigingen van 24 juni 2011, 15 november 2011 en 21 februari 2011 staat vermeld dat het eigen risico van toepassing is. Verzekerde is evenwel minderjarig en daarom mag het (verplicht) eigen risico in haar situatie niet worden toegepast.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen op grond van de zorgverzekering, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering thans geen bespreking meer.

Conclusie

-  9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek wordt toegewezen.
-  9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 1 oktober 2014,



Voorzitter

