

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C en D te E
Zaak	: Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer
Zaaknummer	: 2008.02829
Zittingsdatum	: 8 april 2009

Zaak: 2008.02829 (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 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en 2.14 Bzv, Voorwaarden aanvullende verzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

C en D, beide te E, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 21 november 2008 het ziekenvervoer niet te verstrekken.

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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Optimaal en AV Tand Extra afgesloten. Het betreft hier schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW)
- 3.2. Verzoeker ondergaat sinds 1998, in het kader van revalidatie, behandelingen fysiotherapie. Hij is rolstoelgebonden, en daarom afhankelijk van taxivervoer. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op de verstrekking van zittend ziekenvervoer (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft dit vervoer gedurende lange tijd verstrekt. Bij brief van 21 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld het vervoer niet langer te verstrekken, zij het met toepassing van een overgangsregeling.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een overgangsregeling toe te passen, en het ziekenvervoer tot en met 5 februari 2009 te blijven vergoeden. Daarna zal het niet meer vergoed worden, tenzij de indicatie van verzoeker verandert.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 14 januari 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 10 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 februari 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 februari 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 11 februari 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 23 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen aanspraak kan maken op fysiotherapie, omdat de aandoening die hij heeft niet voorkomt op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Er kan alleen een aanspraak zijn op ziekenvervoer, wanneer aanspraak bestaat op de te volgen behandeling waar naartoe een verzekerde moet worden vervoerd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 24 maart 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 april 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 9 april 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. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 14 april 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij reeds tien jaar rolstoelgebonden is. Sinds 1998 is hij aangewezen op ziekenvervoer, omdat hij vanwege revalidatiebehandelingen fysiotherapie dient te ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft het zittend ziekenvervoer al die tijd verstrekt.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat in de polisvoorwaarden van de zorgverzekering noch in die van de aanvullende ziektekostenverzekering de kosten van ziekenvervoer naar revalidatie waarop de fysiotherapie betrekking heeft zijn uitgesloten van vergoeding.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 zittend ziekenvervoer alleen kan worden verstrekt, indien sprake is van een langdurige ziekte, waarvoor vergoeding bestaat ingevolge de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft onderzoek gedaan naar de vraag of de fysiotherapie van verzoeker zou kunnen vallen onder één van de indicaties genoemd in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Zowel de huidige als de vorige behandelaar van verzoeker zijn van mening dat bij verzoeker geen sprake is van een indicatie als genoemd in Bijlage 1. Nu de fysiotherapie niet ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht, geldt dat ook met betrekking tot het zittend ziekenvervoer. De ziektekostenverzekeraar verklaart voorts dat hij niet kan achterhalen of het ziekenvervoer reeds tien jaar lang is vergoed, omdat verzoeker pas vanaf 1 maart 2003 bij hem is verzekerd. Het ziekenvervoer is sinds deze datum vergoed, omdat de behandelingen fysiotherapie ten onrechte ten laste van de zorgverzekering werden gedeclareerd.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van hetgeen door verzoeker is aangevoerd, gewezen op de uitdrukkelijke beperking in artikel 31, lid 2 in verbinding met lid 1, tot vervoer naar zorgverlening ten laste van de zorgverzekering.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoeker zittend ziekenvervoer te verstrekken. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een combinatiepolis, zodat de verzekerde gedeeltelijk gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg, en gedeeltelijk is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Met betrekking tot paramedische zorg en ziekenvervoer geldt volgens de polisvoorwaarden dat gebruik dient te worden gemaakt van gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 9 tot en met 33 van de zorgverzekering.
- Artikel 28 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“28 Paramedische zorg

28.1 De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen

fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

28.2 Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie omvat de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe (...). Deze zorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste 9 behandelingen.”

Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenvervoer bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“31 Ziekenvervoer

31.1 Ambulancevervoer

31.1.1 Vervoer omvat ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer of per helikopter, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:

- a. 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;*
- b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;*
- c. vanuit een instelling, bedoeld onder b, naar:*
 - 1^e. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;*
 - 2^e. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;*
- d. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a, b of c.*

(...)

31.2 Zittend ziekenvervoer

31.2.1 Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in artikel 31, lid 1 over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:

(...)

- c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;*

(...)”

7.3. De artikelen 28 en 31 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 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 ziektekostenverzekeraar 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.

Paramedische zorg en ziekenvervoer zijn naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.6 en 2.14 Bzv.

- 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 betwist dat verzoeker zich uitsluitend per rolstoel kan verplaatsen. Daarmee valt hij onder één van de in artikel 31.2 van de zorgverzekering genoemde categorieën van personen die aanspraak kunnen maken op zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering. Om voor verstrekking van ziekenvervoer in aanmerking te komen, dient sprake te zijn van een ziekte of aandoening waarvoor behandelingen nodig zijn die ten laste komen van de zorgverzekering. Bij verzoeker gaat het om behandelingen fysiotherapie in verband met de door zijn fysiotherapeut gestelde indicatie “chronische rugklachten, schouderklachten li obv impingement, refluxoesofagitis en pijnklachten benen ws obv zeer hoge spierspanning”. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker onvoldoende bestreden, dat deze indicatie niet is vermeld in Bijlage 1 van het Bzv, zoals artikel 28.2 van de zorgverzekering verlangt. Derhalve moet de conclusie zijn dat verzoeker geen aanspraak kan maken op behandelingen van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Ook bestaat voor deze kosten geen dekking onder de AWBZ. Hieruit volgt dat verzoeker evenmin aanspraak kan maken op het met die behandelingen samenhangend zittend ziekenvervoer.
- 7.7. Dat de kosten van het zittend ziekenvervoer in eerdere jaren wel door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, maakt het voorgaande niet anders. Voorts is de commissie van oordeel, mede in aanmerking genomen dat over een ruime periode ten onrechte is gedeclareerd ten laste van de zorgverzekering en de ziektekostenverzekeraar heeft afgezien van enige terugvordering, dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de beëindiging van de vergoedingen een redelijke overgangsregeling heeft getroffen, door over de resterende periode van de lopende jaarlijkse machtiging de betrokken declaraties te blijven vergoeden.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover het de zorgverzekering betreft, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8 Artikel 12 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Fysiotherapie

12.6.1 Hoogte van de vergoeding

De hoogte van de vergoeding is geregeld in het contract tussen [de ziektekostenverzekeraar] en behandelend fysiotherapeut. Indien geen contract is gesloten bedraagt de vergoeding maximaal:

- a. voor gewone fysiotherapie een vergoeding van maximaal € 22,- per zitting; (...)*

(...)

12.6.3 Niet voor vergoeding in aanmerking komt individuele behandeling dan wel groepsbehandeling die er slechts toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.

De vergoeding luidt als volgt:

Fysiotherapie

AV Optimaal – Medisch noodzakelijke behandelingen (...)”

- 7.9 Verzoeker heeft recht op behandelingen van fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie is gebleken dat de behandelingen door

de ziektekostenverzekeraar uit de aanvullende ziektekostenverzekering zijn vergoed, en dat dit geen onderdeel van het geschil vormt. De aanvullende ziektekostenverzekering bevat echter geen bepaling op basis waarvan ziekenvervoer kan worden verstrekt of vergoed.

- 7.10 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover het de aanvullende ziektekostenverzekering betreft, eveneens dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2009,

Voorzitter