

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer
Zaaknummer	: ANO08.121
Zittingsdatum	: 14 mei 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO08.121 (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 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1, 2.2, 2.13 t/m 2.16 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 het besluit van de zorgverzekeraar van 9 november 2007 de kosten van het zittend ziekenvervoer in verband met de eerste negen behandelingen fysiotherapie in het DBC-centrum te Heerenveen (hierna: het behandelcentrum) niet te vergoeden.

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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens is ten behoeve van verzoeker een aanvullende ziektekostenverzekering gesloten.
- 3.2. De behandelend psychiater geeft in zijn brief van 16 april 2007 aan dat verzoeker bekend is met een therapieresistente depressieve stoornis, ernstige rugklachten en multiple objectiveerbare afwijking aan de wervelkolom. Verder schrijft hij dat het recent is gelukt verzoeker te motiveren voor een behandeling bij het behandelcentrum, welke behandeling vermoedelijk langer dan zes maanden gaat duren. Aangezien het volgens de behandelend psychiater niet verantwoord is dat verzoeker zelfstandig met de auto naar het behandelcentrum rijdt en zijn echtgenote geen rijbewijs bezit, verzoekt hij de zorgverzekeraar met een beroep op de hardheidsclausule toestemming te geven voor zittend ziekenvervoer van en naar het behandelcentrum (hierna: de aanvraag). Bij brief van 22 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker in verband met rolstoelafhankelijkheid toestemming gegeven voor zittend ziekenvervoer. Aan deze toestemming is als voorwaarde verbonden dat sprake dient te zijn van vervoer in verband met een geneeskundige behandeling ten laste van de wettelijke basisverzekering of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

- 3.3. Bij brief van 9 november 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker meegedeeld dat de kosten voor het vervoer in verband met de eerste negen behandelingen fysiotherapie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 10 december 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de kosten van het zittend ziekenvervoer in verband met de eerste negen behandelingen fysiotherapie alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 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 bij brief van 5 februari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. In vervolg hierop heeft de commissie de zorgverzekeraar op 26 februari 2008 een drietal vragen gesteld. Deze vragen heeft de zorgverzekeraar bij brief van 28 februari 2008 beantwoord. Afschriften van de brieven van de zorgverzekeraar van 5 en 28 februari 2008 en de brief van de commissie van 26 februari 2008 zijn op 13 maart 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Bij brief van 20 maart 2008 heeft verzoeker gereageerd op de in overweging 3.6 genoemde brieven van de zorgverzekeraar. Een afschrift van eerstgenoemde brief is op 28 maart 2008 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.8. Bij brief van 13 maart 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Het CVZ heeft bij brief van 7 april 2008 de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen op de grond dat geen aanspraak bestaat op ziekenvervoer als geen aanspraak bestaat op zorg, zoals in dit geval de eerste negen behandelingen fysiotherapie. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 mei 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 14 mei 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 21 mei 2008 de commissie meegedeeld 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. Ten tijde van het verzoek was verzoeker 50 jaar. Hij stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de eerste negen retourritten naar het behandelcentrum vergoed dienen te worden, aangezien in de toestemming van de zorgverzekeraar van 22 mei 2007 niet duidelijk is verklaard dat deze ritten niet voor vergoeding in aanmerking komen.

- 4.2. Verder stelt verzoeker dat de stelling van de zorgverzekeraar dat hij uit de verzekeringsvoorwaarden had moeten opmaken dat de eerste negen behandelingen niet vergoed zouden worden geen doel treft, omdat in de brief van de behandelend psychiater duidelijk naar voren wordt gebracht dat een beroep wordt gedaan op de zogenaamde hardheidsclausule en het niet gaat om fysiotherapiebehandelingen, maar om zittend ziekenvervoer. Ook is in de machtiging van 22 mei 2007, anders dan in de machtiging van 9 november 2007, geen voorbehoud gemaakt ten aanzien van de eerste negen taxiritten in verband met “chronische” fysiotherapie. Voorts is naar aanleiding van eerstgenoemde machtiging telefonisch contact geweest met de zorgverzekeraar, bij welke gelegenheid door een medewerker van de zorgverzekeraar is meegedeeld dat hij met de taxi vervoerd kon worden.
- 4.3. Voorts geeft verzoeker aan dat de kosten van de eerste negen retourritten € 706,32 bedragen. Een bedrag dat met een minimale WAO-uitkering niet te betalen valt.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de afgegeven machtiging voor zittend ziekenvervoer ook geldig is voor het vervoer naar het behandelcentrum. In de machtiging is de voorwaarde opgenomen dat het vervoer verband moet houden met een geneeskundige behandeling ten laste van de wettelijke basisverzekering of AWBZ. De eerste negen fysiotherapiebehandelingen zijn in de zorgverzekering van vergoeding uitgesloten, terwijl de AWBZ geen dekking voor fysiotherapie kent. Na ontvangst van de declaraties is het vervoer vanaf de tiende rit vergoed, onder aftrek van de verschuldigde eigen bijdrage.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de vergoeding van de eerste negen ritten zittend ziekenvervoer naar het behandelcentrum terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie 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. In geschil is de vraag of de kosten van de eerste negen ritten naar het behandelcentrum voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 7.2. De dekkingssystematiek van de verzekering is geregeld in artikel 3 van de zorgverzekering. Zittend ziekenvervoer is geregeld in artikel 28 van de zorgverzekering. Laatstgenoemd artikel regelt dat aanspraak kan worden gemaakt op zittend ziekenvervoer, indien:

“1 (...) *c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;*
(...)”

3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met d, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, 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.”

én voor zover sprake is van vervoer:

“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;
(...)

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.”

Fysiotherapie is geregeld in artikel 25 van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

”25. Paramedische zorg

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, (...). De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, (...) plegen te bieden.

25.2 Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie omvat de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, (...), 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 en is te raadplegen op [website zorgverzekeraar]. Deze zorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste 9 behandelingen. (...)”

- 7.3. De zorgverzekering is, volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). De commissie is van oordeel dat de in de polis opgenomen regelingen ten aanzien van zittend ziekenvervoer en fysiotherapie, zoals hiervoor aangehaald, stroken met het bepaalde in de artikelen 10 en 11 Zvw, de artikelen 2.1, 2.6, 2.13 en 2.14 Bzv, alsmede artikel 2.38 Rzv.
- 7.4. De zorgverzekeraar is van oordeel dat verzoeker kan worden gerekend tot de groep verzekerden die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen. Dit wordt door verzoeker niet betwist. Daarmee behoort hij tot de groep personen die aanspraak kan maken op zittend ziekenvervoer.
Verzoeker heeft zich beroepen op de zogenoemde hardheidsclausule, zoals opgenomen in artikel 28 lid 3 van de zorgverzekering. Aangezien deze hardheidsclausule een afwijking vormt van lid 1 en verzoeker reeds tot een daarin aangewezen groep gerekend kan worden, kan de toepasbaarheid van deze clausule hier verder buiten bespreking blijven.
- 7.5. Voor de aanspraak op zittend ziekenvervoer is niet alleen van belang dat een verzekerde behoort tot één van de specifiek genoemde groepen van personen, dan wel voldoet aan de hardheidsclausule, maar ook dat sprake is van vervoer naar een nader omschreven persoon of instelling. In dit geval is het de vraag of sprake is van vervoer naar een persoon of instelling waarin verzoeker zorg zal ontvangen, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen.

- 7.6. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 28 februari 2008 blijkt dat de machtiging voor het zittend ziekenvervoer ook geldig is voor het vervoer naar het behandelcentrum. Volgens de zorgverzekeraar betreft het daarbij een fysiotherapeutische behandeling en daarmee een verzekerde prestatie. Verder blijkt uit de brief van de zorgverzekeraar dat hij van oordeel is dat bij verzoeker sprake is van een aandoening die voorkomt op Bijlage 1 van het Bzv, zodat ook het aanwezig zijn van een indicatie geen onderwerp van discussie vormt.
- 7.7. Gezien het voorgaande is sprake van paramedische zorg, zoals bedoeld in artikel 25 van de zorgverzekering. Artikel 25.2 van de zorgverzekering regelt dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder fysiotherapie niet de eerste negen behandelingen omvat. Bij vervoer naar en van het behandelcentrum is bij de eerste negen behandelingen dan ook geen sprake van zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen, zodat op grond daarvan geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de kosten van het daarmee verband houdende vervoer ten laste van de zorgverzekering.
- 7.8. Verzoeker heeft nog gesteld dat de zorgverzekeraar in zijn brief van 22 mei 2007, anders dan in zijn brief van 9 november 2007, niet een voorbehoud heeft gemaakt ten aanzien van de eerste negen taxiritten in verband met "chronische" fysiotherapie, en dat hij naar aanleiding van eerstgenoemde brief, conform het daarin gestelde, nog contact heeft opgenomen met de zorgverzekeraar, bij welke gelegenheid hem door een medewerker van de zorgverzekeraar zou zijn meegedeeld dat hij met de taxi vervoerd kon worden. In vervolg hierop wordt door de zorgverzekeraar een onderzoek ingesteld, en is deze tot het oordeel gekomen dat de eerste negen taxiritten naar het behandelcentrum niet voor vergoeding in aanmerking komen. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 7.9. De op 14 mei 2007 ingediende "aanvraag vervoerskosten" zag op twee aspecten, namelijk de persoon van verzoeker en de instelling waarnaar hij vervoerd zou worden. Naar het oordeel van de commissie dient de zorgverzekeraar beide aspecten in zijn beoordeling te betrekken. Indien de zorgverzekeraar bij de beoordeling van het verzoek betwijfelt of de door de specifiek genoemde instelling geleverde zorg behoort tot de zorg die ten laste van de zorgverzekering komt, is het aan hem daarnaar, als partij die daartoe het best in staat is, onderzoek in te stellen alvorens een beslissing af te geven. Die onzekerheid kan niet op de verzekerde worden afgewenteld door aan een toestemmende beslissing de voorwaarde te verbinden dat alleen vervoer voor vergoeding in aanmerking komt dat verband houdt met geneeskundige zorg ten laste van de wettelijke basisverzekering of AWBZ.
- 7.10. In dit geval heeft de zorgverzekeraar eerst op 9 november 2007, dus nadat de eerste negen taxiritten hadden plaatsgevonden, een onderzoek naar de behandeling door de in de "aanvraag vervoerskosten" genoemde instantie ingesteld, waarna hij tot de conclusie is gekomen dat het ging om fysiotherapie, waarvan de eerste negen behandelingen niet ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, en in vervolg daarop ook niet de daarmee corresponderende taxiritten. Gelet op het voorgaande is de zorgverzekeraar gehouden de eerste negen taxiritten naar het behandelcentrum te vergoeden.
- 7.11. 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 zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 28 mei 2008,

Voorzitter