



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, hardheidsclausule, machtiging
Zaaknummer : 201700972
Zittingsdatum : 23 mei 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016 en 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.14 Bzv, 2.37 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016 en 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V., hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Den Haagpakket AOW-ers afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op zittend ziekenvervoer over de jaren 2016 en 2017 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak voor 2016 is toegewezen. Bij brief van 10 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak voor 2017 eveneens is toegewezen. Verzoekster is het echter niet eens met de berekende hoogte van de vergoeding. In het telefoongesprek van 13 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar haar medegedeeld geen hogere vergoeding toe te kennen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 7 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een nabetaling te doen over het jaar 2016 van € 165,82. Voor het overige handhaaft hij zijn beslissing.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een betaling te doen van € 507,46 in verband met vervoerskosten die in 2017 zijn gemaakt.

3.4. Bij brief van 21 december 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar (i) een schadevergoeding toe te kennen voor de ontstane overlast en (ii) een vergoeding te verlenen voor de kosten van het vervoer per eigen vervoer conform het tarief van een gecontracteerde professionele vervoerder (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 maart 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 maart 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 maart 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 mei 2018 gehoord.
- 3.9. Bij brief van 5 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar op verzoek van de commissie een aanvullende toelichting gegeven. Verzoekster heeft hier op 11 juni 2018 gereageerd. Een afschrift van de reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is bekend met Immun Trombopenie (ITP). Ter behandeling van deze aandoening moet zij met regelmaat naar het ziekenhuis. Vanwege de vervoerskosten die hiermee gemoeid zijn, heeft verzoekster in 2015 aanspraak gemaakt op zittend ziekenvervoer en heeft haar toenmalige zorgverzekeraar hiervoor een machtiging afgegeven. Deze machtiging is echter ten onrechte niet overgenomen door de ziektekostenverzekeraar. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de rechtsopvolger is van de toenmalige zorgverzekeraar, mag verzoekster ervan uitgaan dat haar medische situatie bekend is, en dat de ziektekostenverzekeraar ervan op de hoogte is dat zij een chronische ziekte heeft die in toenemende mate ziekenhuisbezoeken noodzakelijk maakt. Tevens is de ziektekostenverzekeraar bekend met het aantal ziekenhuisbezoeken dat zij heeft afgelegd. Het is verzoekster dan ook niet duidelijk waarom de ziektekostenverzekeraar de machtiging niet heeft voortgezet op grond van deze gegevens.
- 4.2. Verzoekster heeft in 2016 een klachtenprocedure moeten starten om aan te tonen dat zij in dat jaar nog steeds aan de hardheidsclausule voldeed. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar pas op 25 oktober 2016 een machtiging heeft afgegeven voor zittend ziekenvervoer gedurende het kalenderjaar 2016. In 2017 heeft deze situatie zich herhaald. Opnieuw moest verzoekster aantonen dat zij nog steeds voldeed aan de hardheidsclausule. Op grond van de aangeleverde informatie heeft de ziektekostenverzekeraar pas op 10 november 2017 een machtiging afgegeven voor zittend ziekenvervoer gedurende het kalenderjaar 2017. Voor 2018 dreigde deze situatie zich te herhalen, wat verzoekster ertoe heeft doen besluiten per 1 januari 2018 over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Voor de ontstane overlast eist verzoekster thans excuses en een (financiële) tegemoetkoming van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Doordat de machtigingen niet tijdig werden afgegeven, zag verzoekster zich geconfronteerd met hoge kosten en onnodig contact met de klachtenafdeling van de ziektekostenverzekeraar en de SKGZ. De hoge kosten betreffen de uitgaven in verband met de 57 ritten per jaar die door het taxibedrijf, familieleden en mantelzorgers zijn gemaakt om verzoekster veilig naar het ziekenhuis te brengen. Voor elke rit moest familie uit Maarssen of Delft komen om verzoekster in Den Haag op te halen. Bij verzoekster bestaat de indruk dat de ziektekostenverzekeraar de machtigingen telkens pas aan het einde van het betreffende jaar heeft afgegeven om zichzelf kosten te besparen. Immers, als een machtiging aan het begin van het jaar zou zijn verleend had verzoekster structureel gebruik kunnen maken van een gecontracteerde taxivervoerder.

Bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar zich nu gebaseerd op de kilometervergoeding van eigen vervoer. Verzoekster is van mening dat zij, gelet op de gang van zaken, recht heeft op een vergoeding gelijk aan het tarief dat zou zijn betaald aan een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde professionele vervoerder.

- 4.4. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de daadwerkelijke vervoerskosten die ten behoeve van haar in 2016 en 2017 zijn gemaakt € 4.500,- bedragen. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte slechts een deel van deze kosten vergoed.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de zorgverzekeraar waarbij zij per 1 januari 2018 is verzekerd aan het begin van het jaar een machtiging heeft gegeven voor zittend ziekenvervoer over het jaar 2018. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar in de jaren 2016 en 2017 eveneens de mogelijkheid had een machtiging toe te kennen aan het begin van de betreffende jaren.
- 4.6. Bij brief van 11 juni 2018 heeft verzoekster het standpunt herhaald dat de ziektekostenverzekeraar in een veel eerder stadium had kunnen besluiten het zittend ziekenvervoer te machtigen indien hij zijn administratie, respectievelijk de administratie van zijn rechtsvoorganger, had geraadpleegd. Hieruit blijkt namelijk dat verzoekster bekend is met een chronische aandoening, dat zij als gevolg hiervan is aangewezen op zittend ziekenvervoer en dat hiervoor ook in 2015 en 2016 machtiging zijn gegeven.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat, onder andere, aanspraak op zittend ziekenvervoer indien wordt voldaan aan de zogenoemde hardheidsclausule. Om te beoordelen of een verzekerde aan de hardheidsclausule voldoet, wordt gebruik gemaakt van de volgende rekensom: aantal aaneengesloten maanden x aantal keren per week x aantal kilometers enkele reis. Als de uitkomst van deze som gelijk is aan of groter is dan 250 voldoet een verzekerde aan de hardheidsclausule. Indien een machtiging wordt verleend, volgt hieruit wie het zittend ziekenvervoer mag verzorgen. Als een gecontracteerde taxivervoerder het vervoer verzorgt, wordt het afgesproken tarief aan de vervoerder vergoed. Vindt het vervoer plaats per openbaar vervoer dan is de vergoeding gebaseerd op de kosten van een OV-kaart 2e klasse. Indien het vervoer plaatsvindt met eigen vervoer dan geldt een vergoeding van € 0,30 per kilometer in 2016 en € 0,28 per kilometer in 2017. Daarnaast wordt de vergoeding verrekend met het nog openstaande eigen risico van een verzekerde en wordt op de vergoeding de wettelijke eigen bijdrage ingehouden, van respectievelijk € 98,- in 2016 en € 100,- in 2017.
- 5.2. Voor het jaar 2016 is, na een klachtenprocedure, bij wijze van uitzondering op 25 oktober 2016 een machtiging afgegeven voor zittend ziekenvervoer op basis van het aantal geschatte behandelingen dat in dat jaar zou plaatsvinden. Op grond van de declaraties die de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen van verzoekster en van het taxibedrijf, zijn de gedeclareerde vervoerskosten voor het jaar 2016 vergoed. Uitgaande van de aanvullende informatie die van verzoekster is ontvangen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten voor 2016 een nabetaling te doen van € 165,82.
- 5.3. Uit het aanvraagformulier voor zittend ziekenvervoer in 2017 blijkt dat verzoekster gedurende een periode van vier maanden wekelijks naar het ziekenhuis moest. Op basis van deze informatie is berekend of verzoekster aan de hardheidsclausule voldeed. Dit was niet het geval. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar in oktober 2017 contact opgenomen met het ziekenhuis en verzocht om toezending van een overzicht van het aantal afspraken dat verzoekster heeft gehad. Uit het ontvangen overzicht volgde dat verzoekster op dat moment wél aan de hardheidsclausule voldeed.

Om die reden is op 10 november 2017 een machtiging afgegeven voor het jaar 2017. Vervolgens is aan de hand van de declaraties die de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen een bedrag van € 507,46 aan verzoekster vergoed.

5.4. De vervoerskosten zijn voor de jaren 2016 en 2017 conform de verzekeringsvoorwaarden vergoed. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding aan verzoekster een hogere vergoeding toe te kennen.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij niet op basis van aannames een machtiging kan verlenen voor zittend ziekenvervoer. Op grond van de gegevens die bekend waren aan het begin van respectievelijk het jaar 2016 en 2017 voldeed verzoekster niet aan de hardheidsclausule. Pas in de loop van de betreffende jaren is aanvullende informatie bekend geworden waaruit bleek dat zij wel aan de hardheidsclausule voldeed. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij geen kosten vergoedt die niet zijn gemaakt. In dit kader wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat door verzoekster geen taxikosten zijn gemaakt.

5.6. Bij brief van 5 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat aan de hand van een rekenformule wordt bepaald of een verzekerde voldoet aan de hardheidsclausule, als omschreven in artikel 38 van de zorgverzekering. Deze formule luidt: *'aantal aaneengesloten maanden dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis'*. Indien de uitkomst van formule groter is dan of gelijk is aan 250 wordt aan de hardheidsclausule voldaan. Uit de aanvragen voor zittend ziekenvervoer voor de jaren 2016 en 2017 volgde dat verzoekster gedurende de betreffende jaren één keer per week naar het LUMC moest voor behandeling. De afstand tussen het woonadres van verzoekster en het LUMC bedraagt 19,7 kilometer enkele reis. De uitwerking van de formule luidt: $12 \times 1 \times 19,7 = 236,40$. Aangezien de uitkomst lager is dan 250 bestond geen aanspraak op zittend ziekenvervoer. Pas later is gebleken dat meer ritten hebben plaatsgevonden dan in eerste instantie aangegeven in de aanvraag. Op grond van deze aanvullende informatie is opnieuw een berekening gemaakt en is komen vast te staan dat verzoekster alsnog voldeed aan de hardheidsclausule. Op dat moment is dan ook alsnog een machtiging verstrekt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10.1 van de zorgverzekering (2016 en 2017) en artikel 7.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016 en 2017) 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 het verzoek alsnog in te willigen 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering (2016) en de artikelen 11 tot en met 39 van de zorgverzekering (2017).

8.3. Artikel 36 van de zorgverzekering (2016) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:

a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;

(...)

e. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a tot en met d;

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1. U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

a. u moet nierdialyses ondergaan;

b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;

c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;

d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

e. u bent jonger dan 18 jaar en u bent aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek

of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (intensieve kindzorg);

f. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

(...)

Wie mag het ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer verzorgen

1. Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder.

2. Zittend ziekenvervoer:

- taxivervoerder;

- openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;

- eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,30 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Maakt u gebruik van een ambulance- of taxivervoerder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 98 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

(...)

Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer. U kunt deze toestemming met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer aanvragen. Dit formulier vindt u op onze website. (...)"

- 8.4. Artikel 38 van de zorgverzekering (2017) is van gelijke strekking, met uitzondering van de passages over de eigen bijdrage en de vergoeding van eigen vervoer. Deze passages luiden:

"Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 100 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

(...)

- eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,28 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend. (...)"

- 8.5. Artikel 36 van de zorgverzekering (2016) en artikel 38 van de zorgverzekering (2017) zijn volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering (2016-2017) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.37 Rzv.

- 8.7. 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.

- 8.8. Artikel 47 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) en artikel 45 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2017) zijn van gelijke strekking en luiden, voor zover hier van belang:

Omschrijving

Budget voor vergoeding van eigen bijdrages die niet worden vergoed vanuit de VGZ Ruime Keuze.

Vergoeding

Volledige vergoeding tot maximaal € 500 per kalenderjaar.

Voorwaarden

Voor de vergoeding van de eigen bijdrage moet er aanspraak bestaan uit de VGZ Ruime Keuze voor de betreffende verstrekking. De vergoeding van de eigen bijdrage is alleen van toepassing voor:

(...)

- zittend ziekenvervoer per taxi, openbaar vervoer en/of eigen vervoer; (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van hetgeen is bepaald in artikel 36 van de zorgverzekering (2016) en artikel 38 van de zorgverzekering (2017) bestaat aanspraak op zittend ziekenvervoer naar en van een zorgaanbieder waar de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen. Hierbij dient sprake te zijn van een situatie waarin de verzekerde nierdialyse of een oncologische behandeling (chemotherapie of radiotherapie) dient te ondergaan, hij zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, dan wel een beperkt gezichtsvermogen heeft waardoor hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen. In andere gevallen is een beroep op de hardheidsclausule mogelijk. Niet in geschil is dat verzoekster niet behoort tot één van de hiervoor genoemde categorieën van verzekerden. Evenwel is aan verzoekster op grond van de hardheidsclausule een machtiging verleend in 2015 door haar toenmalige zorgverzekeraar en in 2016 en 2017 door de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar de in 2015 verleende machtiging had moeten voortzetten in 2016 en 2017, dan wel aan het begin van de betreffende jaren een machtiging voor zittend ziekenvervoer had moeten verlenen, en of door het uitblijven hiervan grond bestaat een schadevergoeding toe te kennen aan verzoekster. Verder spitst het geschil zich toe op de hoogte van de toegekende vergoeding voor 2016 en 2017.
- 9.2. De commissie overweegt in de eerste plaats dat van verzoekster mag worden verwacht dat zij, na het verstrijken van de gemachtigde periode, opnieuw een aanvraag indient voor zittend ziekenvervoer. De verzekeringsovereenkomst wordt immers aangegaan voor de duur van een jaar, met de mogelijkheid van stilzwijgende verlenging. Daarbij kan de aanspraak op zittend ziekenvervoer van jaar tot jaar wijzigen, evenals de indicatie van verzoekster, dan wel de afstand of de frequentie van het vervoer. Hetgeen verzoekster op dit punt heeft aangevoerd, wordt daarom gepasseerd.
- 9.3. Ten aanzien van het tijdstip waarop de machtigingen zijn gegeven, overweegt de commissie het volgende.
Om vast te stellen of verzoekster een beroep kan doen op de hardheidsclausule, maakt de ziektekostenverzekeraar gebruik van een rekensom. Deze rekensom luidt: 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal twaalf) dat vervoer noodzakelijk is' x 'het aantal keren per week' x 'het aantal kilometers enkele reis'. Indien de uitkomst van de rekensom groter is dan of gelijk is aan 250 kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule.
Voorts moet verzoekster op grond van de verzekeringsvoorwaarden toestemming krijgen van de ziektekostenverzekeraar, voordat aanspraak kan worden gemaakt op zittend ziekenvervoer. Deze toestemming kan worden gevraagd met een daarvoor bedoeld aanvraagformulier. Op het aanvraagformulier kan, ten aanzien van de hardheidsclausule, worden ingevuld hoeveel maanden een behandeling gaat duren, waar de behandeling gaat plaatsvinden, wat het aantal kilometers enkele reis naar het behandeladres is en wat het gemiddeld aantal dagen per week/per maand is dat vervoer nodig is vanwege de betreffende behandeling.
De commissie overweegt dat indien de genoemde informatie reeds op voorhand bekend is, aan het begin van een kalenderjaar kan worden beoordeeld of een beroep kan worden gedaan op de hardheidsclausule. Indien de genoemde informatie op voorhand niet bekend is, zal deze beoordeling evenwel pas achteraf kunnen plaatsvinden.

- 9.4. In de onderhavige situatie heeft verzoekster met het aanvraagformulier, gedateerd op 1 maart 2017, de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming voor zittend ziekenvervoer voor het kalenderjaar 2017. Op het formulier is, onder andere, ingevuld dat zij gedurende een periode van vier maanden wekelijks naar het ziekenhuis moet worden vervoerd in verband met de behandeling van haar aandoening. Op basis van deze gegevens heeft de ziektekostenverzekeraar terecht geoordeeld dat verzoekster (nog) geen beroep kon doen op de hardheidsclausule. Immers de uitkomst van de hiervoor genoemde rekensom was niet gelijk aan of groter dan 250. Pas achteraf is gebleken dat zij voor een langere periode en voor meerdere behandelingen was aangewezen op vervoer. Op het moment dat deze informatie door verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar kenbaar is gemaakt, is geoordeeld dat zij aan de hardheidsclausule voldeed en is op grond hiervan alsnog een machtiging verleend voor zittend ziekenvervoer in 2017. Verzoekster heeft op grond van die machtiging de mogelijkheid de vervoerskosten achteraf alsnog te declareren. Indien verzoekster eerder in aanmerking had willen komen voor een machtiging, had het op haar weg gelegen eerder een aanvraag in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar en daarbij de informatie te verstrekken aan de ziektekostenverzekeraar die hij nodig heeft om te beoordelen of zij aan de hardheidsclausule voldoet. Dat verzoekster dit heeft nagelaten, is de ziektekostenverzekeraar niet tegen te werpen.
- 9.5. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar heeft toegekend overweegt de commissie het volgende.
Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar kosten bespaart door voor het vaststellen van de hoogte van de vergoeding uit te gaan van een kilometervergoeding, zoals deze is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden, in plaats van een tarief toe te kennen dat zou zijn gehanteerd indien gebruik zou zijn gemaakt van een professionele vervoerder. Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat de daadwerkelijke vervoerskosten in de kalenderjaren 2016 en 2017 totaal € 4.500,- hebben bedragen.
De commissie merkt op dat op grond van de zorgverzekering enkel aanspraak bestaat op het vervoer van verzoekster van haar woning naar de instelling waar zij zorg ontvangt en vice versa. Overige vervoerskosten, bijvoorbeeld de kosten die familie, vrienden en mantelzorgers maken om vanuit Maarssen en Delft naar verzoekster (en vice versa) te rijden, komen op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking. Voorts is de vergoeding van zittend ziekenvervoer afhankelijk van de wijze en de vorm van vervoer. Voor de vergoeding van de kosten van eigen vervoer geldt een kilometervergoeding. De hoogte van de kilometervergoeding wordt jaarlijks door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vastgesteld en is door de ziektekostenverzekeraar in de verzekeringsvoorwaarden vermeld. De commissie ziet daarom niet in waarom in de situatie van verzoekster van de betreffende bepalingen zou moeten worden afgeweken.
- 9.6. Verder overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 14 maart 2018 een specificatie heeft overgelegd, waaruit volgt op welke wijze hij de verstrekte vergoeding voor het ziekenvervoer heeft vastgesteld. De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar voor de declaratie met kenmerk 57541701, die ziet op meerdere ritten in 2016, een kilometervergoeding van € 0,28 hanteert. In artikel 36 van de zorgverzekering (2016) is echter een kilometervergoeding vermeld van € 0,30. De ziektekostenverzekeraar heeft de hoogte van de vergoeding om die reden te laag vastgesteld. Uitgaande van het aantal genoemde kilometers oordeelt de commissie dat verzoekster, op grond van de declaratie met kenmerk 57541701, recht heeft op een vergoeding van € 177,66 (= 592,2 kilometer x € 0,30). Aan verzoekster is reeds een bedrag van € 165,82 vergoed. De ziektekostenverzekeraar dient het verschil van € 11,84 aan verzoekster na te betalen.

Schadevergoeding

- 9.7. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een schadevergoeding dient toe te kennen in verband met de door haar omschreven overlast, die is ontstaan doordat de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten aan het begin van de jaren 2016 en 2017 een machtiging voor zittend ziekenvervoer te verlenen, maar dit pas gedurende de betreffende jaren heeft gedaan.

Aangezien de commissie hiervoor heeft overwogen dat de ziektekostenverzekeraar de bedoelde machtigingen op grond van de toepasselijke voorwaarden niet eerder heeft kunnen verlenen, bestaat geen reden aan verzoekster een schadevergoeding toe te kennen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.9. Uit het voorgaande volgt dat het verzoek dient te worden toegewezen, voor zover dit ziet op de hoogte van de vergoeding van het zittend ziekenvervoer in 2016, met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is overwogen. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.

- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is overwogen. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

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

Zeist, 20 juni 2018,

H.A.J. Kroon