

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen D en E, beide te F
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, beperkt gezichtsvermogen, rolstoel
Zaaknummer : 2012.00099
Zittingsdatum : 27 juni 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.13-2.16 Bzv, 2.38 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door B, beiden te C,

tegen

1) D te F, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Comfortpolis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer ter hoogte van € 1.576,26 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 augustus 2011 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 31 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 12 maart 2012 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).

3.5. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 april 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 mei 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 mei 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 april 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 mei 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012054876) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker niet valt onder de categorie patiënten bij wie sprake is van visuele beperkingen van ogen waardoor zij zich niet zonder begeleiding kunnen verplaatsen. Uit de stukken volgt niet dat verzoeker een langdurige visuele beperking heeft. Bovendien voldoet verzoeker niet aan de hardheidsclausule, aangezien geen sprake is van een behandeling van een langdurige aandoening. Een afschrift van het CVZ-advies is op 29 mei 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in juni 2011 een staaroperatie ondergaan.
- 4.2. De behandelend oogarts heeft het volgende verklaard: *“Op 23 juni 2011 is op mijn uitdrukkelijk verzoek en in overleg met oogartsen UMC Utrecht [verzoeker] met spoed naar UMC Utrecht vervoerd. [Verzoeker] had zodanige pijn aan zijn linker oog en kon ook niets zien, dat spoedeisende hulp noodzakelijk was. Door verhoogde oogdruk was [verzoeker] ook ernstig ziek. (...) Het alternatief van de taxi was een ambulance geweest, hetgeen een forse meerprijs had betekend. Echter omdat dat meer tijd en kosten in beslag zou nemen is er gekozen voor de taxi. (...) Door de behandeling is [verzoeker] geruime tijd ziek geweest en kon daardoor niet met openbaar vervoer. Ook was zijn gezichtsscherpte in die tijd zeer slecht, nog afgezien van de pijn en de irritatie. Om deze redenen acht ik het noodzakelijk dat [verzoeker] met de taxi vervoerd is geweest. (...)”*
- 4.3. Verzoeker heeft een zeer zwakke fysieke conditie. In juni 2011 heeft hij een staaroperatie ondergaan in het Gelre ziekenhuis te Apeldoorn. Naar aanleiding van deze operatie ontstonden medische problemen. De behandelend oogarts van het ziekenhuis in Apeldoorn heeft verzoeker voor acute behandeling doorverwezen naar het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC), omdat de situatie zodanig ernstig was dat behandeling in Apeldoorn niet (meer) mogelijk was. Verzoeker is per taxi naar het UMC gegaan. Hij heeft aldaar een behandeling ondergaan, en is na een paar dagen opnieuw geopereerd. Vervolgens is verzoeker voor controle diverse malen per taxi van zijn woonplaats Epe naar Utrecht v.v. vervoerd. Verzoeker is in totaal zeven keer naar het UMC geweest. De totale kosten van dit taxivervoer bedragen € 1.576,26.

- 4.4. In feite had verzoeker na de doorverwijzing onmiddellijk en acuut per ambulance vervoerd moeten worden naar het UMC. Hij was op dat moment ernstig ziek, en niet in staat zelfstandig te reizen. Zijn visus was zeer slecht, en hij had veel pijn. Aangezien een taxi zeer snel geregeld kon worden, is uiteindelijk besloten verzoeker per taxi te vervoeren. Medisch gezien was ambulancevervoer geïndiceerd, maar de kosten van een dergelijke rit zijn aanzienlijk. Verzoeker stelt dat het feit dat hij per taxi is vervoerd, de ziektekostenverzekeraar een aanzienlijke besparing oplevert. Na de eerste behandeling in het UMC op 23 juni 2011, is verzoeker naar huis gegaan omdat hij graag thuis wilde slapen. Volgens de behandelend oogarts was in deze acute situatie ziekenhuisopname echter wel geïndiceerd. Vervolgens is verzoeker nogmaals geopereerd, en ook toen diezelfde dag weer naar huis gegaan. Doordat verzoeker zich niet heeft laten opnemen, zijn de ziektekostenverzekeraar de hoge kosten van een meerdaagse ziekenhuisopname bespaard.
- 4.5. Volgens verzoeker is het onredelijk en onbillijk dat de kosten van het taxivervoer niet worden vergoed. Verzoeker is tijdens alle taxiriten begeleid door zijn echtgenote, omdat hij niet in staat was alleen te reizen vanwege zijn beperkte visus. Bovendien is sprake van een zeer slechte algehele medische situatie. Het bevreemdt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar, zonder onderzoek te verrichten, heeft verklaard dat hij in staat was alleen te reizen, gelet op zijn beperkte visus. Dit getuigt niet van zorgvuldig handelen van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Aanspraak op zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering bestaat indien het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin hij zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt. Verzoeker was niet onder begeleiding, maar is alleen met een taxi vervoerd. Derhalve is niet aan de polisvoorwaarden voldaan.
- 5.2. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat het alternatief ambulancevervoer gewenst zou zijn, verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel 11 onder a van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering. Er bestaat uitsluitend aanspraak op ambulancevervoer indien en voor zover ander vervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- 5.3. Een aanvraag voor vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering kan enkel en alleen worden toegewezen als de gewenste behandeling of verstrekking onder de dekking van de zorgverzekering valt. Daar is in het geval van verzoeker geen sprake van. Dit betekent dat de vraag of de gewenste aanspraak een besparing oplevert, niet aan de orde komt bij de beslissing op het verzoek.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 is gehouden de aanspraak 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 14 van de “Lijst van verstrekkingen” van de zorgverzekering.

Artikel 11 van de “Lijst van verstrekkingen” van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenvervoer bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“b Zittend ziekenvervoer

Omschrijving: medisch noodzakelijk vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel 11a (helikoptervervoer en ambulancevervoer), per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per eigen auto of per door [naam ziektekostenverzekeraar] tot dat doel gecontracteerde taxi- of rolstoelbusvervoerder, over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer, indien sprake is van één van de navolgende situaties: (...)

- de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;*
 - het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.*
- (...)*

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hier toe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts. Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of (eigen) auto niet mogelijk is, kan [naam ziektekostenverzekeraar] vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is danwel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. (...)

Prestatie: voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, (eigen) auto, taxi of rolstoelbus) geldt een eigen bijdrage van € 92,- per verzekerde per kalenderjaar. (...)

Machtiging: ja, vooraf aanvragen met het formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer.

Bijzonderheden:

a kosten van openbaar vervoer en (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortst gebruikelijke route. Voor vervoer per (eigen) auto wordt de kilometerafstand vastgesteld aan de hand van de postcodes van het vertrekadres naar de bestemming met behulp van een landelijk gebruikte routeplanner. (...)

- 8.3. Artikel 11 van de “Lijst van verstrekkingen” van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de “Algemene Voorwaarden” van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.13 e.v. Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.38 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van de kosten van vervoer van hem en zijn echtgenote als begeleider van zijn woonadres Epe naar het UMC te Utrecht v.v. Het betreft zeven taxiritten, waarvan de totale kosten € 1.576,26 bedragen.
- 9.2. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer van en naar een zorgaanbieder waar 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 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. De maximale reisafstand is gesteld op 200 kilometer enkele reis.
Het geschil spitst zich primair toe op de vraag of het gezichtsvermogen van verzoeker zodanig beperkt was dat hij zich niet zonder begeleiding kon verplaatsen, en subsidiair op de vraag of verzoeker zich uitsluitend met een rolstoel kon verplaatsen. Indien het antwoord op beide vragen ontkennend luidt, zal moeten worden beoordeeld of verzoeker aan de hardheidsclausule voldoet.
- 9.3. Verzoeker is op 23 juni 2011 met spoed naar het UMC doorgestuurd in verband met acute oogdrukverhoging na een staaroperatie aan het linkeroog. Voorts heeft verzoeker op 24 juni, 27 juni, 1 juli, 4 juli en 13 juli 2011 diverse behandelingen in het UMC ondergaan.

- 9.4. De behandelend oogarts heeft bij herhaling verklaard dat verzoeker op 23 juni 2011 met spoed naar het UMC moest worden vervoerd. Daarbij is gekozen voor taxivervoer, omdat ambulancevervoer meer tijd en kosten met zich zou brengen. Bovendien heeft de behandelend oogarts verklaard dat verzoeker om hem moverende redenen niet in het UMC is opgenomen voor behandeling, en dat om die redenen meerdere taxiriten noodzakelijk zijn geweest. Verzoeker kon niet met het openbaar vervoer reizen.
- 9.5. Op de “medische verklaring zittend ziekenvervoer” van 20 juli 2011 is evenwel aangekruist dat bij verzoeker geen sprake was van een beperkt gezichtsvermogen. Verzoeker heeft naar het oordeel van de commissie ook overigens onvoldoende aannemelijk gemaakt dat zijn gezichtsvermogen op voornoemde momenten zodanig beperkt was dat hij zich niet zonder begeleiding kon verplaatsen. Van ernstige slechtziendheid van het andere (rechter) oog is niet gebleken. Derhalve is de in artikel 11 sub b van de “Lijst van verstrekkingen” van de zorgverzekering onder het vierde gedachtestreepje genoemde situatie niet op verzoeker van toepassing.
- 9.6. Voorts heeft verzoeker zich op het standpunt gesteld dat hij zich vrijwel uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen. Uit de verklaringen van de behandelend oogarts blijkt dat verzoekers algehele gezondheidssituatie slecht is. Naar het oordeel van de commissie is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat verzoeker zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen. Van belang hierbij is nog dat niet is gebleken dat verzoeker een machtiging heeft (aangevraagd) voor zittend ziekenvervoer in verband met (andere) medische behandelingen, hetgeen gelet op het ingenomen standpunt in de rede had gelegen.
- 9.7. Voor de vraag of verzoeker voldoet aan de hardheidsclausule die is opgenomen in artikel 11 sub b van de “Lijst van verstrekkingen” van de zorgverzekering geldt het volgende. Gelet op de periode waarin behandelingen hebben plaatsgevonden, en de afstand tussen het woonadres van verzoeker en het adres waarnaar hij werd vervoerd, is met zekerheid niet voldaan aan de formule die door de zorgverzekeraars in dit verband wordt gehanteerd ter beoordeling van een zowel consistente als eenvoudige toepassing van de hardheidsclausule, en leidt het niet vergoeden van de kosten van het zittend ziekenvervoer ook anderszins niet tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- 9.8. Het argument van kostenbesparing kan niet ertoe leiden dat de ziektekostenverzekeraar de taxikosten alsnog volledig dient te vergoeden. Het al dan niet besparen van zorgkosten – hetzij kosten van ambulancevervoer dan wel van een meerdaagse ziekenhuisopname – speelt geen rol bij de beoordeling van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 juni 2012,

Voorzitter