

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2010.02223
Zittingsdatum : 28 september 2011

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 2009 en 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.14 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009 en 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Vitaal Pakket 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op zittend ziekenvervoer (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een machtiging afgegeven voor zittend ziekenvervoer. De kosten zijn gedeeltelijk vergoed, namelijk tot een bedrag van € 159,60 voor het jaar 2009 en € 285,-- voor het jaar 2010.
- 3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Bij brief van 22 mei 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 augustus 2011 aan verzoekster

gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 8 augustus 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011084204) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat bij verzoekster begeleiding noodzakelijk was. De afstand enkele reis bedroeg 84,3 kilometer. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding dan reeds aan haar is verleend. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 september 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 30 september 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 4 oktober 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte ervan is uitgegaan dat een retourrit 190 kilometer is. Omdat verzoekster geen auto heeft, niet zelf kan rijden en niet kan reizen met het openbaar vervoer, heeft haar vriendin haar vervoerd. Bij opname van verzoekster moest haar vriendin echter ook weer terug naar huis, zodat het aantal kilometers dat moest worden afgelegd veel hoger is. Hetzelfde deed zich voor als verzoekster na de opname weer opgehaald moest worden. Bovendien is de afstand enkele reis van en naar haar huis volgens de ANWB geen 190, maar 205 kilometer.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het aantal kilometers voor een retourrit volgens de ANWB-routeplanner 190 km is. In 2009 had verzoekster aanspraak op een bedrag van € 0,28 per kilometer; in 2010 was dit € 0,25 per kilometer. Aan verzoekster is in 2009 een bedrag van € 159,60 uitgekeerd (3 x 190 x € 0,28). In 2010 is een bedrag van € 285,-- uitgekeerd (6 x 190 x € 0,25). Hierop is de eigen bijdrage van € 91,-- in mindering gebracht. De kosten van het vervoer van de begeleider komen niet voor vergoeding in aanmerking.

5.2. 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 (2009) van de zorgverzekering.
Artikel 35 (2009) van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

2. zittend ziekenvervoer omvat ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1a, b of c.

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;

b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;

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

d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;

e. de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule).

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vervoer van twee begeleiders toestaan.

Als het vervoer zoals hiervoor aangegeven, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding € 0,28 per kilometer volgens de Regeling zorgverzekering. (...)

Eigen bijdrage:

ten hoogste € 89,- per kalenderjaar volgens de Regeling zorgverzekering.”

8.3. Artikel 33 (2010) van de zorgverzekering heeft een gelijklopende strekking, met dien verstande dat in dat jaar een vergoeding van toepassing is van € 0,25 per kilometer, en een eigen bijdrage is verschuldigd van € 91,--.

8.4. Artikel 9 (2009 en 2010) van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;*
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [naam ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;*
- vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.”*

8.5. Artikel 11.4 (2009 en 2010) van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd en luidt, voor zover hier van belang:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2009, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [naam ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2009 gelijk aan het geldende Wmg-tarief. De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders [naam ziektekostenverzekeraar] 2009. (...) Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. De verzekerde dient in dit geval [naam ziektekostenverzekeraar] zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen. De kosten worden vergoed als de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele, krachtens wet vastgestelde eigen bijdrage in mindering gebracht.”

8.6. De artikelen 9, 11.4 en 33/35 (2009 en 2010) van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 (2009 en 2010) van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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. Artikel 13 Zvw regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.8. 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. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer, is de vraag of dit een verzekerde prestatie vormt en of verzoekster hiervoor een indicatie heeft, bevestigend beantwoord. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Blijkens de nota van de kliniek van 11 januari 2011, heeft verzoekster in 2009 drie maal een behandeling gehad, en in 2010 zesmaal. De afstand van het huisadres van verzoekster naar het adres van de kliniek is volgens de ANWB-routeplanner (snelste route) 84,3 kilometer. Een retourrit is derhalve niet 190, maar 168,60 kilometer. In 2009 was de vergoeding € 0,28 per kilometer, zodat verzoekster voor dat jaar aanspraak heeft op een bedrag van (3 x 168,6 x € 0,28 =) € 141,62. Hiervoor geldt een eigen bijdrage van € 89,--. In 2010 was de vergoeding € 0,25 per kilometer, zodat verzoekster voor dat jaar aanspraak heeft op een bedrag van (6 x 168,6 x € 0,25 =) € 252,90. Hierbij geldt een eigen bijdrage van € 91,--. Voor zover meer is vergoed dan de hiervoor vermelde bedragen, zal de commissie in die beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden.
- 9.3. Verzoekster heeft gesteld dat haar vriendin haar bij opname in de kliniek moet brengen en weer halen, en dat tussendoor nog een keer naar huis wordt gereden, zodat per opname twee retourritten worden gereden. De zorgverzekering biedt dekking voor de kosten van een begeleider. Hieronder valt ook het vervoer van en naar huis van die begeleider. Verzoekster heeft echter niet aannemelijk gemaakt dat zij om medische redenen is aangewezen op begeleiding. Dat verzoekster zelf geen auto heeft, is uitsluitend van praktische aard en in dit kader niet relevant.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor zittend ziekenvervoer, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 oktober 2011,

Voorzitter