

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Zittend ziekenvervoer, machtiging openbaar vervoer en/of eigen vervoer
Zaaknummer	: ANO08.166
Zittingsdatum	: 25 juni 2008

Zaak: ANO08.166, zittend ziekenvervoer, machtiging openbaar vervoer en/of eigen vervoer

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 en 11 Zvw, 2.1 en 2.14 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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 30 augustus 2007 met betrekking tot de hoogte van de vergoeding voor zittend ziekenvervoer.

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 ZorgVerzorgd polis (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, Zvw.
- 3.2 De behandelend revalidatiearts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "status na auto-ongeval april 2005, nadien whiplash syndroom. Verlaagde belastbaarheid vooralsnog". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste diensten bestaande uit "zittend ziekenvervoer met taxi en eigen vervoer" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3 Vanaf 21 mei heeft het vervoer per eigen vervoer, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4 Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te wijzigen en een machtiging voor zittend ziekenvervoer af te geven op basis van Openbaar vervoer, voor de periode 21 mei tot en met 20 november 2007.
- 3.5 Bij brief van 28 september 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.6 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.

- 3.7 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 4 maart 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is, met een verzoek tot aanvullende informatie, op 15 april 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8 Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 mei 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 2 juni 2008 schriftelijk aangegeven af te zien van horen.
- 3.9 Bij brief van 23 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 24 juni 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoeker geen medische beperkingen heeft op grond waarvan vervoer met een taxi of een eigen auto noodzakelijk is. Een afschrift van het CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij voorafgaande aan de onderhavige machtiging, ten behoeve van dezelfde aandoening, een machtiging voor zittend ziekenvervoer heeft gekregen ten behoeve van zowel eigen vervoer als openbaar vervoer. Verzoeker begrijpt niet waarom de vervolgmachtiging voor dezelfde aandoening wel de tarieven openbaar vervoer dekt, doch niet meer de tarieven van het eigen vervoer. Te meer niet daar hij stelt niet in staat te zijn met het openbaar vervoer te reizen omdat het in de bus of trein teveel schommelt en zijn nek daardoor extra wordt belast.
- 4.2. Verzoeker kan zich evenmin vinden in de eigen bijdrage van € 83,00 in 2006 en € 85,00 in 2007, terwijl hij niet het volledige jaar aanspraak kan maken op deze vergoeding.
- 4.3. 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 met betrekking tot de eigen bijdrage, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat deze per kalenderjaar is vastgelegd in het Regeling zorgverzekering, welke Regeling niet door de zorgverzekeraar kan worden gewijzigd, doch slechts dient te worden uitgevoerd.
- 5.2. De zorgverzekeraar stelt dat voor de periode 21 mei tot en met 20 november 2007 door verzoeker geen medische informatie is overgelegd waaruit blijkt dat zijn nek teveel zou worden belast tijdens het reizen met het openbaar vervoer, zodat achteraf voor dat vervoer een machtiging is verleend en niet voor vervoer met taxi of eigen vervoer.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 8 van de zorgverzekering.

Artikel 8.14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer anders dan per ambulance bestaat:

"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 8.13, eerste lid, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:

(...)

2 Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een in de Regeling zorgverzekering opgenomen bedrag per kilometer.

3 In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met d, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien 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 verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

4 Indien zorgverzekeraar toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Verzekerde dient het vervoer te betrekken van een door zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder (zie artikel 11 a). In het geval verzekerde het vervoer betreft van een aanbieder die geen contract met zorgverzekeraar heeft, wordt de vergoeding vastgesteld conform het Verzekeringsreglement zorg. Dit reglement kan worden geraadpleegd op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden. Het bedrag als bedoeld in artikel 11, onder f, wordt dan niet toegepast."

Het verzekeringsreglement Zorg bepaald in artikel 8 ten aanzien van ziekenvervoer per auto of per openbaar vervoer het volgende:

"Artikel 8.1 Nadere voorwaarden

1 1 Voorafgaande schriftelijke toestemming van zorgverzekeraar voor vervoer is vereist. Hierbij dient gebruik gemaakt te worden van:

a het aanvraagformulier 'zittend ziekenvervoer' van zorgverzekeraar. Dit formulier dient vergezeld te gaan van een toelichting van de behandelend arts. Het aanvraagformulier is te downloaden op de website van zorgverzekeraar en wordt op verzoek aan verzekerde toegezonden, of

b de servicelijn-ziekenvervoer van zorgverzekeraar. Deze servicelijn zal in de loop van 2007 operationeel worden. Verzekerde wordt hierover via de website en het magazine van zorgverzekeraar geïnformeerd.

2 Zorgverzekeraar stelt bij het verlenen van toestemming, eventueel na advies van de behandelend arts te hebben ingewonnen, de vorm van vervoer vast.

3 Indien verzekerde de zorg betreft bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder dan wel gebruik maakt van eigen vervoer is de aanspraak op vergoeding van de kosten van vervoer beperkt tot het vervoer gereden via de kortst mogelijke gebruikelijke route.

Artikel 8.2 Vergoeding bij niet gecontracteerde zorg

Indien verzekerde zich wendt tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder is de vergoeding maximaal € 0,95 per beladen kilometer."

Artikel 8.16 van de zorgverzekering gaat over de eigen bijdrage voor het ziekenvervoer.

"Indien door de Regeling zorgverzekering is bepaald dat verzekerden voor ziekenvervoer, anders dan ambulancevervoer, een eigen bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangegeven maximum, dient hetgeen in de Regeling zorgverzekering is bepaald te worden aangemerkt als onderdeel van deze overeenkomst. de Regeling zorgverzekering is te raadplegen op de website van de zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden."

- 7.2. De regeling in artikel 8.14 en 8.16 van de zorgverzekering en artikel 8 van het Verzekeringsreglement Zorg van de zorgverzekeraar is volgens artikel 2 van de zorgverzekering/van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.14 Bzv en nader uitgewerkt in artikel 2.38 Rzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Tussen partijen staat niet ter discussie dat verzoeker recht heeft op een machtiging voor zittend ziekenvervoer gedurende de periode van 21 mei tot en met 20 november 2007. Dienaangaande geldt dat de doelmatigheidstoets door de zorgverzekeraar dient te geschieden en dat die toetsing door de commissie slechts marginaal wordt beoordeeld.
- 7.6. Aangezien deze doelmatigheidstoetsing is voorbehouden aan de zorgverzekeraar spitst het onderhavige geschil zich derhalve toe op de vraag of de zorgverzekeraar in redelijkheid tot de conclusie heeft kunnen komen dat slechts aanspraak bestaat op vergoeding van zittend ziekenvervoer op basis van openbaar vervoer, dan wel dat verzoeker aanspraak kan maken op zittend ziekenvervoer op basis van eigen vervoer.
- 7.7. Uit de aanvraag voor de machtiging zittend ziekenvervoer, die deels is ingevuld door de revalidatiearts van verzoeker, blijkt niet dat verzoeker een medische indicatie heeft op grond waarvan reizen per openbaar vervoer niet mogelijk zou zijn. Ondanks een expliciet verzoek daartoe, heeft verzoeker, die op dat verzoek ook niet heeft gereageerd, niet aannemelijk gemaakt dat in zijn situatie openbaar vervoer geen adequate voorziening is. De commissie is op basis van bovenstaande van oordeel dat niet gezegd kan worden dat de zorgverzekeraar in redelijkheid niet tot zijn beslissing

heeft kunnen komen.

- 7.8. Met betrekking tot de eigen bijdrage 2006 en 2007 oordeelt de commissie als volgt. Uit artikel 8.16 van de zorgverzekering in samenhang met artikel 2.38 lid 2 van de Regeling zorgverzekering blijkt dat voor eigen ziekenvervoer een bijdrage verschuldigd is van ten hoogste € 83,00 per kalenderjaar in 2006 en € 85,00 per kalenderjaar in 2007. De zorgverzekeraar dient elk kalenderjaar de eigen bijdrage vast te stellen, omdat het hier om een eigen bijdrage per kalenderjaar gaat. Bovendien betreft het hier een eigen bijdrage aan de voet, hetgeen inhoudt dat eerst de eigen bijdrage, zoals door de wetgever vastgesteld, dient te worden betaald, voordat die bepaalde vorm van zorg kan worden vergoed.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 juni 2008,

Voorzitter