

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer
Zaaknummer	: 2008.01990
Zittingsdatum	: 20 mei 2009

Zaak: 2008.01990 (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, artt. 10 en 11 Zvw, 2.14 Bzv, 2.38 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 3 april 2008 het zittend ziekenvervoer niet volledig te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten.
- 3.2. Verzoekster heeft oncologische behandelingen ondergaan in het ziekenhuis in verband met borstkanker. Zij heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op zittend ziekenvervoer ter zake van deze behandelingen. Verder heeft zij aanspraak gemaakt op vervoer naar een rugkliniek, de huisarts, fysiotherapeut, homeopaat, een psycholoog, de OMC Oogkliniek en het ziekenhuis vanwege twee afspraken die geen verband houden met de bestraling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak slechts tot een bedrag van € 587,98 wordt vergoed.
- 3.3. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding. Zij heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld haar tegemoet te komen en het zittend ziekenvervoer tot een hoger bedrag, namelijk € 937,58 te vergoeden.
- 3.4. Verzoekster heeft hierop tevens aanspraak gemaakt op zittend ziekenvervoer met betrekking tot de controles die zij na afloop van de bestraling kreeg. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft daarom nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 22 januari 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 26 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 april 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 april 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 21 april 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 7 april 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 april 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de zorgverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of de hardheidsclausule als zodanig is toegepast op het door verzoekster gewenste zittend ziekenvervoer. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 april 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. De zorgverzekeraar heeft op 4 mei 2009 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, het volgende. Toen bij haar borstkanker werd vastgesteld, heeft zij telefonisch navraag gedaan bij de zorgverzekeraar met betrekking tot het zittend ziekenvervoer. Haar is toen medegedeeld dat zij zelf een vervoerder diende te benaderen. Omdat haar afspraken zeer vroeg in de ochtend waren gepland, was het moeilijk een vervoerder te vinden. Uiteindelijk heeft verzoekster deze gevonden, en heeft zij nogmaals navraag gedaan bij de zorgverzekeraar. Verzoekster is naar eigen zeggen medegedeeld dat de door haar gekozen vervoerder werd geaccepteerd. Nadat verzoekster aanspraak maakte op vergoeding, bleek echter dat deze vervoerder niet gecontracteerd was door de zorgverzekeraar, en dat derhalve een lagere vergoeding werd gegeven. Na heroverweging heeft de zorgverzekeraar besloten verzoekster het ziekenvervoer coulancehalve tot het bedrag te vergoeden dat zou gelden, indien zij een restitutiepolis had afgesloten. Dit dekt echter niet alle gemaakte kosten.
- 4.2. Verzoekster maakt verder aanspraak op het zittend ziekenvervoer met betrekking tot de controles die na afloop van de bestraling werden uitgevoerd. Deze zijn ten onrechte niet door de zorgverzekeraar vergoed.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 het vervoer naar de oncologische behandelingen, voor zover uitgevoerd door de niet-gecontracteerde vervoerder, coulancehalve voor een hoger tarief is vergoed dan het tarief waarop verzoekster op grond van de polisvoorwaarden recht heeft (100 percent van het Nederlands tarief (gemiddeld gecontracteerd) in plaats van 90 percent van het laagst gecontracteerde tarief).
Het vervoer dat niet naar de oncologische behandelingen plaatsvond, valt niet onder de machtiging voor zittend ziekenvervoer. Ook voor de controles, die wel met deze behandelingen te maken hebben, geldt deze machtiging niet. Verzoekster voldoet niet aan de polisvoorwaarden.
- 5.2. Ter zake van de stelling van verzoekster dat de zorgverzekeraar haar niet goed heeft geïnformeerd, merkt hij op dat zij die stelling niet kan aantonen, en zulks ook niet blijkt uit de voorhanden zijnde contactgegevens. De zorgverzekeraar heeft echter besloten verzoekster tegemoet te komen, hoewel hij formeel juist heeft gehandeld en de bewijslast bij verzoekster ligt. Door de zorgverzekeraar is gekozen voor de hogere vergoeding die bij de restitutiepolis wordt gegeven.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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 ziektekostenverzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het zittend ziekenvervoer volledig te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 35 van de zorgverzekering.
Artikel 34 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Artikel 34 (...) zittend ziekenvervoer

lid 1

(...) Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto. (...)

lid 5

Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in de "voorwaarden voor ambulancevervoer" van dit artikel, per door de zorgverzekeraar tot dat doel ge-

contracteerde taxivervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- a. de verzekerde die nierdialyse moet ondergaan;*
- b. de verzekerde die oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;*
- c. de verzekerde die 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;*
- d. 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.*

lid 6

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 hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts. (...)

lid 9

Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 86 per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

lid 10

Bij vervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de Zorg-op-maatpolis vermeld staat. (...)

Artikel 9 van het 'Reglement Restitutie [zorgverzekering]' bepaalt:

- "1. Voor zittend ziekenvervoer waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat, geleverd door een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis maximaal negentig procent van het laagst door de zorgverzekeraar in haar kernwerkgebied (Zuid-Nederland) gecontracteerde tarief. (...)"*

- 7.3. Artikel 34 van de zorgverzekering en artikel 9 van het 'Reglement Restitutie [zorgverzekering]' zijn volgens artikel 2 lid 1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.38 Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Het zittend ziekenvervoer in verband met oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie is een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Hiertoe worden echter alleen de behandelingen die verband houden met chemo- of radiotherapie gerekend, en niet de controles die nadien plaatsvinden. De vervoerder die verzoekster heeft gekozen is niet gecontracteerd door de zorgverzekeraar. Op grond van de polisvoorwaarden heeft verzoekster in die situatie recht

op het maximumbedrag dat daarvoor is aangegeven in het 'Reglement Restitutie [zorgverzekering]', dat wil zeggen 90 percent van het laagste door de zorgverzekeraar in haar kernwerkgebied gecontracteerde tarief. De zorgverzekeraar is echter overgegaan tot vergoeding van 100 percent van het gemiddeld gecontracteerde Nederlandse tarief. Daarmee heeft de zorgverzekeraar een hoger bedrag vergoed dan waarop verzoekster op grond van de polisvoorwaarden aanspraak heeft.

- 7.7. Voorts wenst verzoekster vergoeding voor het overige vervoer. Dit betreft vervoer naar een rugkliniek, de huisarts, fysiotherapeut, homeopaat, een psycholoog, de OMC Oogkliniek en het ziekenhuis vanwege twee afspraken die geen verband houden met oncologische behandelingen. Genoemde ritten betreffen geen situatie waarin aanspraak kan worden gemaakt op zittend ziekenvervoer ingevolge artikel 34 lid 5 onder a tot en met d van de zorgverzekering. Daarom moet worden getoetst aan de hardheidsclausule, zoals omschreven in lid 6 van genoemd artikel. Door de zorgverzekeraars wordt in dat verband wel gebruik gemaakt van een formule, opgesteld door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De commissie begrijpt dat deze wordt gehanteerd als middel, op basis van een onderlinge afspraak tussen de zorgverzekeraars, ter bevordering van een zowel consistente als eenvoudige toepassing van de zogenaamde hardheidsclausule, zonder daarmee overigens de mogelijkheid van het op andere wijze vaststellen van onbillijkheid van overwegende aard uit te sluiten. Bedoelde formule luidt als volgt:

aantal (maanden) x **aantal** (x per week) x 4 (weken in een maand) x {**aantal** (km enkele reis) x 0,25 (weging)} = X (op basis van enkele afstand).

Hierbij kunnen de vetgedrukte aantallen variabel ten opzichte van elkaar worden ingevuld om tot een getal onder of boven de 250 te komen. Daar waar sprake is van een gelijke of hogere waarde, heeft de verzekerde aanspraak op basis van de hardheidsclausule.

Toepassing van deze formule leidt niet tot een waarde die hoger ligt dan 250, terwijl voorts niet is gebleken dat het niet vergoeden van de onderhavige vervoerskosten anderszins leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Eén en ander kan derhalve niet tot een aanspraak op zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering leiden.

- 7.8. Voor zover verzoekster stelt dat haar telefonisch een toezegging is gedaan door een, niet bij naam genoemde, helpdeskmedewerker, aldus dat het zittend ziekenvervoer met de door verzoekster gekozen vervoerder volledig wordt vergoed, oordeelt de commissie als volgt.
- 7.9. De zorgverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de zorgverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de zorgverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.
- 7.10. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de zorgverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten

minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs de onjuistheid van die inlichtingen had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat zij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan zij schade lijdt.

- 7.11. Indien het daarentegen gaat om als toezeggingen op te vatten uitlatingen van de zijde van de zorgverzekeraar, waaraan een verzekerde het vertrouwen heeft mogen ontnemen dat de zorgverzekeraar, na kennisneming van alle daartoe vereiste bijzonderheden van het de verzekerde zelf betreffende geval, aan vorenbedoelde polisvoorwaarden en regelgeving, zo omtrent de toepasselijkheid of de toepassing daarvan vragen zijn gerezen, in zijn geval een bepaalde toepassing zal geven, moet bij een afweging als voormeld aan het vertrouwensbeginsel doorslaggevend betekenis worden toegekend. Daarbij moet wel het voorbehoud worden gemaakt dat de door de verzekerde aan de zorgverzekeraar verschaft, voor diens toezegging relevante gegevens juist zijn en dat de gedane toezegging niet zo duidelijk in strijd is met een juiste toepassing van de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving dat de verzekerde op nakoming van die toezegging niet mocht rekenen.
- 7.12. De toezeggingen zullen voor de verzekerde doorgaans van zodanig gewicht zijn dat in de regel verwacht mag worden dat zij deze harerzijds schriftelijk aan de zorgverzekeraar zal bevestigen dan wel een schriftelijke bevestiging van de zorgverzekeraar zal vragen. Het gaat echter te ver om te oordelen dat een verzekerde zich op dergelijke toezeggingen uitsluitend zou mogen beroepen indien deze hetzij van haar zijde, hetzij van de zijde van de zorgverzekeraar schriftelijk zijn bevestigd.
- 7.13. Verzoekster heeft aangetoond dat zij op 13, 19 en 28 september 2007 telefonisch contact heeft gehad met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft alleen een aantekening gemaakt van het gesprek van 19 september 2007, waarin volgens de notitie vervoerders in de woonplaats van verzoekster zijn doorgegeven. Niet te achterhalen is waarover de andere gesprekken gingen.
Verzoekster heeft in de procedure niet aannemelijk gemaakt dat haar door een medewerker van de zorgverzekeraar is toegezegd dat de kosten van het zittend ziekenvervoer met de door haar gekozen vervoerder volledig zouden worden vergoed.
- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2009,

Voorzitter