

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, rolstoelgebondenheid,
doelmatigheid, bejegening, machtiging alsnog verleend
Zaaknummer : 2012.02521
Zittingsdatum : 28 augustus 2013

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 2012-2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.14 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2013)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk 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 ZorgZó (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 ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 2 is niet in geschil, en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer naar en van zorgverleners in Breda, Den Haag en Spijkenisse (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd, in die zin dat een machtiging wordt afgegeven voor zittend ziekenvervoer naar en van het Amphia Ziekenhuis te Breda. Voor het overige wordt de aanspraak afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 19 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster een machtiging - met als ingangsdatum 1 januari 2013 - verleend voor vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer naar en van het Amphia Ziekenhuis in Breda.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 10 maart 2013 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).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 mei 2013 medegedeeld alsnog twee machtigingen voor zittend ziekenvervoer voor de jaren 2012 en 2013 ten behoeve van verzoekster te verlenen. Afschriften hiervan zijn op 31 mei 2013 aan verzoekster gezonden, waarbij de commissie haar heeft gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Op 2 juli 2013 heeft verzoekster de commissie telefonisch medegedeeld dat het geschil niet is opgelost en dat zij de procedure wil voortzetten.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 juli 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 augustus 2013 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 2 juli 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 augustus 2013 (zaaknummer 2013078861) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat zittend ziekenvervoer een connexe aanspraak is. Dat wil zeggen dat als de zorg op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, er ook aanspraak bestaat op het zittend ziekenvervoer naar en van die zorg. De behandelingen die verzoekster ondergaat dan wel heeft ondergaan, worden door de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de zorgverzekering daarom komt het zittend ziekenvervoer eveneens voor vergoeding in aanmerking. Een afschrift van het CVZ-advies is op 15 augustus 2013 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 30 oktober 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 31 oktober 2013 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 28 november 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 november 2013 een nadere toelichting gegeven op de verleende machtigingen voor het zittend ziekenvervoer. Een afschrift hiervan is op 15 november 2013 ter kennisname aan verzoekster gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend revalidatiearts heeft ter zake van verzoekster het volgende verklaard: *“(...) bijna 51-jarige vrouw met seronegatieve reumatoïde artritis. Tevens bekend met 21 hydroxylase deficiëntie en bijnierschorsinsufficiëntie. Uitgebreide gewrichtsklachten, rolstoel gebonden functioneren. (...)”*
- 4.2. De behandelend internist/endocrinoloog heeft ter zake van verzoekster het volgende verklaard: *“Zij is al jaren onder mijn behandeling i.v.m. een hormonale aandoening. Zij kwam eertijds bij mij omdat tijdens de behandeling van haar toenmalige specialist, het helemaal fout ging met haar. Sinds zij bij mij is gaat het, wat deze aandoening betreft, weer goed. Tot op heden heeft [verzoekster] haar reiskosten naar mijn praktijk altijd vergoed gekregen. Dit is nu recent geweigerd. Haar werd geadviseerd naar een internist in de buurt van haar woonplaats te gaan. Zelfs endocrinologen hebben met de ziekte van [verzoekster] heel weinig ervaring, omdat die zo zelden voorkomt. Laat staan dat internisten die hebben. Ik vind het advies van [ziektekostenverzekeraar] onverantwoord om haar naar een lokale internist of endocrinoloog te sturen.”*, en verzocht om vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer.
- 4.3. Verzoekster is met ingang van 1 januari 2012 verzekerd tegen ziektekosten bij de ziektekostenverzekeraar. Haar vorige verzekeraar had een machtiging afgegeven voor zittend ziekenvervoer. De ziektekostenverzekeraar deelde verzoekster bij brief van 22 december 2011 mede dat de machtigingen van de vorige verzekeraar worden overgenomen, voor zover het zorg betreft die wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit deze brief heeft verzoekster opgemaakt dat de machtiging voor zittend ziekenvervoer zou worden overgenomen door de ziektekostenverzekeraar. Het bevreesde haar dan ook dat zij tot twee keer toe een machtiging voor zittend ziekenvervoer moest aanvragen. Hierbij diende een formulier te worden ingevuld. Dit is gedaan door de behandelend arts, maar dit bleek niet voldoende. Verzoekster stelt dat de hele gang van zaken onbegrijpelijk en klantonvriendelijk is. Immers, bij de vorige verzekeraar is haar medisch dossier aanwezig en verzoekster heeft aan de informatieverzoeken van de ziektekostenverzekeraar voldaan. Er dient dan ook alsnog een machtiging voor zittend ziekenvervoer naar en van de behandelend artsen in Spijkenisse en Den Haag te worden afgegeven. Verzoekster is al jaren bij deze artsen onder behandeling. Het is onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar van haar eist dat zij zich tot een zorgverlener wendt die dicht bij haar woonplaats is gevestigd. Verzoekster wijst op het recht van vrije artskeuze.
- 4.4. Verzoekster voelt zich onheus bejegend door de ziektekostenverzekeraar. Zo werden haar brieven niet beantwoord, en bleek door haar ingestuurde informatie onvindbaar. Als zij vooraf had geweten welke problemen het overstappen naar de ziektekostenverzekeraar zou opleveren, had zij dit nooit gedaan.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar zijn toezegging – dat de door de vorige ziektekostenverzekeraar verstrekte machtigingen worden overgenomen – moet nakomen. De op 28 mei 2013 alsnog verleende machtigingen zijn verleend voor taxivervoer in plaats van voor eigen vervoer. Zij heeft nooit taxivervoer aangevraagd. Daarbij dient de machtiging in te gaan met ingang van 1 januari 2012. De behandelend arts heeft verklaard dat de aandoening van verzoekster academische aandacht vereist. Daarom wil verzoekster onder behandeling blijven in

een universitair ziekenhuis. Bovendien heeft verzoekster een restitutiepolis en derhalve vrije artsenkeuze.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster had bij haar vorige verzekeraar een machtiging voor zittend ziekenvervoer, op basis van haar permanente rolstoelgebondenheid. Bij de afgifte van deze machtiging was geen voorbehoud gemaakt voor bepaalde bestemmingen en er was geen einddatum opgenomen. Verzoekster verwachtte dat deze machtiging werd overgenomen. Dit is echter niet het geval. De ziektekostenverzekeraar voelt zich verantwoordelijk de zorgkosten beheersbaar te houden om zo te voorkomen dat de premies te hoog oplopen. Voor de vergoeding van de vervoerskosten van verzoekster betekent dit concreet dat onnodig hoge vervoerskosten niet worden betaald. Bovendien is reizen voor een patiënt meestal een belasting. Daarom wordt bij een aanvraag altijd gekeken of dichterbij huis dezelfde zorg kan worden verkregen. Verzoekster heeft uiteraard de vrijheid te kiezen voor een bepaalde arts. Deze vrijheid betekent echter niet per definitie dat alle kosten die het gevolg zijn van die keuze ook worden vergoed. Daarom is de aanvraag in eerste instantie afgewezen.
- 5.2. Door verzoekster wordt bovendien gesteld dat het opvallend is dat een oordeel over de doelmatigheid is gegeven, zonder informatie op te vragen bij de betreffende zorgverlener. In het aanvraagformulier voor zittend ziekenvervoer wordt gevraagd naar een medische indicatie voor het vervoer. Het is aan verzoekster (in samenspraak met de behandelend arts) om de doelmatigheid aan te tonen. Het ligt niet op de weg van de ziektekostenverzekeraar deze informatie op te vragen bij een arts.
- 5.3. Na bestudering van het dossier, naar aanleiding van de brief van de commissie van 25 april 2013, is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat de aanvragen van verzoekster ten onrechte zijn afgewezen. Verzoekster heeft aanspraak op taxivervoer en hiervoor is op 23 mei 2012 daarom alsnog een tweetal machtigingen verleend voor de jaren 2012 en 2013. Daarnaast zal het voor de onderhavige procedure verschuldigde entreegeld aan verzoekster worden vergoed.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat de communicatie beter had gekund. Hiervoor biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan. De ziektekostenverzekeraar erkent dat verzoekster voor het hele jaar 2012 aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer. Er is taxivervoer toegekend, omdat verzoekster dit zelf in 2010 heeft aangevraagd. Een in tijd onbeperkte machtiging kan niet worden afgegeven, aangezien de onderliggende regelgeving kan wijzigen. Daarnaast verklaart de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster recht heeft op vrije artsenkeuze. Omdat zij rolstoelgebonden is, heeft zij voor het vervoer – voor zover dit verband houdt met verzekerde zorg – aanspraak op vergoeding.
- 5.5. Bij brief van 12 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat één van de tijdens deze procedure verleende machtigingen geldig is voor het gehele kalenderjaar 2012. De tweede machtiging heeft als ingangsdatum 1 januari 2013. Er is geen einddatum opgenomen. Deze machtiging is verleend voor onbepaalde tijd, waarbij de ziektekostenverzekeraar wel rekening dient te houden met eventuele wetswijzigingen in de toekomst. Verzoekster heeft verklaard dat zij in

beginsel eigen vervoer gebruikt. Voor het geval dat dit een keer niet mogelijk mocht zijn, is de verleende machtiging niet alleen geldig voor eigen vervoer, maar ook voor taxivervoer. Hierbij wordt opgemerkt dat bij taxivervoer gebruik gemaakt dient te worden van een gecontracteerde aanbieder. Bij gebruik van een niet-gecontracteerde aanbieder kan de hoogte van de vergoeding lager zijn.

De ziektekostenverzekeraar verklaart dat verzoekster nog geen vergoeding heeft ontvangen, omdat er nog geen kosten bij hem zijn gedeclareerd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2012-2013) 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 is gehouden 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 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 B9 tot en met B36 van de zorgverzekering (2012) en de artikelen B9 tot en met B38 van de zorgverzekering (2013). Artikel B36 van de zorgverzekering (2012) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van zittend ziekenvervoer bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Welke zorg

(...) U heeft recht op vergoeding van kosten van vervoer met een ander vervoermiddel als vervoer per openbaar vervoer of per auto niet mogelijk is. (...)

U heeft recht op vergoeding van kosten van vervoer als:

(...)

- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen

(...)

Let op

- Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.

- Als [naam ziektekostenverzekeraar] u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

(...)

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage van € 93 per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

Het vervoer wordt verleend door een vervoersbedrijf of een particulier (bijvoorbeeld een familielid of kennis). Bij een vervoersbedrijf krijgt u € 0,85 vergoed per beladen kilometer. (...)

Toestemming

U vraagt vooraf toestemming aan [naam ziektekostenverzekeraar]. (...)"

Voor het jaar 2013 is een gelijklopende regeling opgenomen in artikel B36 van de zorgverzekering. In afwijking van de regeling voor het jaar 2012, geldt voor het jaar 2013 een eigen bijdrage van € 95,-- per kalenderjaar.

Artikel B5 van de zorgverzekering (2012) betreft de indicatie en doelmatigheid. Dit artikel luidt:

"Natuurlijk heeft u alleen recht op vergoeding van kosten van een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."

Eenzelfde regeling is voor het jaar 2013 opgenomen in artikel B5 van de zorgverzekering.

- 8.3. De artikelen B5 en B36 van de zorgverzekering (2012-2013) zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering (2012-2013) 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.
Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv.
- 8.5. 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.

9. Beoordeling van het geschil**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De commissie stelt vast dat tussen partijen niet meer in geschil is dat verzoekster vanaf 1 januari 2012 op grond van artikel B36 van de zorgverzekering (2012-2013) aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer per eigen vervoer naar zorgverleners waarvan de kosten ten laste van de zorgverzekering ko-

men. Verzoekster heeft dus recht op vrije artsenkeuze, waarbij moet worden aangekend dat hierbij als beperking geldt dat het vervoer naar en van deze zorgverleners het maximum van 200 kilometer enkele reis niet mag overschrijden.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de verleende machtigingen gelden voor eigen vervoer en taxivervoer. In het geval dat verzoekster – onverhoopt – een keer geen gebruik kan maken van eigen vervoer, heeft zij aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer per taxi. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat de verleende machtiging – onder voorbehoud van eventuele wetswijzigingen in de toekomst - voor onbepaalde tijd geldt.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van het zittend ziekenvervoer nog niet door verzoekster bij hem ter declaratie zijn ingediend. Verzoekster kan de door haar vanaf 1 januari 2012 gemaakte vervoerskosten bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie indienen onder overlegging van bewijsstukken.
- 9.4. De commissie merkt op dat zij niet kan treden in het punt van de bejegening.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Aangezien tussen partijen niet meer in geschil is dat verzoekster ten laste van de zorgverzekering aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen bespreking.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek geen verdere behandeling behoeft.
- 10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie stelt vast dat het verzoek geen verdere behandeling behoeft. Aangezien de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 28 mei 2013 heeft toegezegd dat hij het door verzoekster betaalde entreegeld van € 37,-- aan haar zal vergoeden, behoeft dit punt geen verdere behandeling.

Zeist, 4 december 2013,

Voorzitter