

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, tijdelijk rolstoelafhankelijk,
hardheidsclausule
Zaaknummer : 2011.01945
Zittingsdatum : 4 april 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 juni 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 5 augustus 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 14 november 2011 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 (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 30 januari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 februari 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 februari 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 februari 2012 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 1 februari 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 27 februari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012015578) de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten naar de mate van bewegingsbeperking bij verzoeker gedurende de eerste zes weken na de ingreep. Het begrip 'rolstoelbehoevend' is namelijk niet zonder meer hetzelfde als 'zich uitsluitend per rolstoel kunnen verplaatsen'. Een afschrift van het CVZ-advies is op 29 februari 2012 aan partijen gezonden. De commissie heeft verzoeker hierbij verzocht de door het CVZ gevraagde informatie op te vragen bij de behandelend arts.
- 3.9. Verzoeker heeft bij brief van 2 maart 2012 gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 7 maart 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden met de mogelijkheid hierop en op het CVZ-advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 maart 2012 zijn nader commentaar gegeven. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in februari 2011 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over de "vervoersproblematiek" die zou volgen na de ingreep aan zijn knie in maart 2011. Tijdens dit gesprek is hem enkel medegedeeld dat van de te maken kosten een bedrag van € 92,- als eigen bijdrage verschuldigd zou zijn. Er is destijds geen melding gemaakt van het voorafgaand moeten aanvragen van een machtiging. Ook is hem geen machtigingsformulier gestuurd.
- 4.2. Op 9 maart 2011 heeft verzoeker een knieprothese gekregen. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij brief van 29 november 2011 verklaard dat verzoeker als gevolg hiervan op medische gronden zes weken rolstoelbehoevend was.
- 4.3. De verzekeringsvoorwaarden zijn onduidelijk. Daarnaast is de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte berekening voor de hardheidsclausule "onzinnig". De verzekeringsvoorwaarden van 2010 boden naast deze berekening nog andere mogelijkheden voor toekenning van het vervoer. Door het weglaten van deze mogelijkheden zijn de redelijkheid en billijkheid verdwenen. Verzoeker beschikte in februari 2011 niet over de polisvoorwaarden van 2011 – deze werden hem pas op een later tijdstip toegestuurd – en daarom beroept hij zich voor zijn aanspraak op de polisvoorwaarden van 2010.

- 4.4. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 2 maart 2012 bericht dat hij zich niet geroepen voelt zijn arts "voor de derde keer lastig te vallen over een en dezelfde kwestie".
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden voor zittend ziekenvervoer, als bedoeld in artikel 34 van de zorgverzekering. Daarom bestaat geen aanspraak op vergoeding.
 - 5.2. In de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat voor zittend ziekenvervoer voorafgaand een machtiging dient te worden aangevraagd. Volgens de gespreksregistratie van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker eerst op 15 juni 2011 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van het vervoer. De machtigingsaanvraag hiervoor heeft de ziektekostenverzekeraar op 23 juni 2011 ontvangen. Het zittend ziekenvervoer is volgens de aanvraag aangevraagd op 28 februari 2011. Verzoeker heeft de machtiging dus aangevraagd op het moment dat hij al gebruik maakte van het zittend ziekenvervoer.
 - 5.3. Uit de aanvraag van 17 juni 2011 blijkt dat verzoeker heeft verzocht om zittend ziekenvervoer over een langere periode. Hij heeft geen zittend ziekenvervoer aangevraagd op grond van rolstoelafhankelijkheid.
 - 5.4. Om te kunnen beoordelen of verzoeker in aanmerking komt voor vergoeding van de vervoerskosten, omdat hij zich in een bepaalde periode uitsluitend met een rolstoel kon verplaatsen, heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag nodig. Hij heeft verzoeker hiertoe een aanvraagformulier gestuurd. De behandelend arts dient te verklaren dat verzoeker zich in de betreffende periode uitsluitend met een rolstoel kon verplaatsen.
 - 5.5. In de administratie van de ziektekostenverzekeraar is geen telefoongesprek met verzoeker genoteerd in februari 2011.
 - 5.6. In de verzekeringsvoorwaarden is duidelijk vermeld dat alleen een beroep kan worden gedaan op de hardheidsclausule indien wordt voldaan aan de in de voorwaarden genoemde berekening. Als deze berekening voor verzoeker wordt ingevuld, komt de uitkomst hiervan op 34,8. Dit is beduidend minder dan de norm van 250 waaraan moet zijn voldaan om op grond van de hardheidsclausule aanspraak te kunnen maken op vervoer ten laste van de zorgverzekering.
 - 5.7. In zijn brief van 20 maart 2012 stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij wel wil aannemen dat verzoeker gedurende zes weken rolstoelbehoevend was. Echter, zoals het CVZ in zijn advies schrijft is 'rolstoelbehoevend' niet hetzelfde als 'zich uitsluitend met een rolstoel kunnen verplaatsen'. Gezien de brief van verzoeker van 2 maart 2012 zal hier naar verwachting niet meer duidelijkheid over ontstaan. Desondanks is de ziektekostenverzekeraar bereid het vervoer van 22 maart en 19 april 2011 als zittend ziekenvervoer als bedoeld in de zorgverzekering te beschouwen. Dit biedt verzoeker echter geen soelaas, omdat de kosten daarvan (in totaal € 59,80) lager zijn dan de wettelijke eigen bijdrage van € 92,-- over 2011.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10.1.2 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker over de periode van 9 maart tot en met 9 september 2011 aanspraak heeft op de vergoeding van de kosten van taxivervoer ten laste van de zorgverzekering.

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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat, en luidt voor zover hier van belang:

(...)

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

a. u moet nierdialyses ondergaan;

b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;

c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;

d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250.

Bijvoorbeeld: u had 5 maanden vervoer nodig voor 2 keer per week en de reisafstand enkele reis was 25 kilometer. Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

(...)

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 92,- per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer.

(...)

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer.

(...)"

In de verzekeringsvoorwaarden van 2010 is in artikel 33 een min of meer gelijklopende bepaling opgenomen.

- 8.3. Artikel 34 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.3, 2.9 en 2.10 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.
Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv.
- 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

Toepasselijke polisvoorwaarden

- 9.1. Door verzoeker is gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet althand onvoldoende bestreden, dat de verzekeringsvoorwaarden voor 2011 pas in de loop van dat jaar aan verzoeker zijn gestuurd. De commissie zal, gelet op het bepaalde in artikel 6:233, sub b BW, daarom bij de beoordeling uitgaan van de verzekeringsvoorwaarden die ten tijde van de aanvraag van het vervoer bij verzoeker bekend waren, te weten die van 2010. Uit artikel 33 van de zorgverzekering 2010 blijkt dat de vergoeding van het ziekenvervoer aan bepaalde voorwaarden is verbonden. Anders dan verzoeker stelt, was dit in 2010 niet anders dan in 2011.

Telefonisch verstrekte informatie

- 9.2. Door verzoeker is niet aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, voorafgaand aan het zittend ziekenvervoer bepaalde telefonische toezeggingen zijn gedaan. De enkele mededeling dat de kosten van zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, en dat per kalenderjaar een eigen bijdrage is verschuldigd van € 92,--, is correct. Dat verzoeker hieruit heeft geconcludeerd dat verder geen voorwaarden zijn verbonden aan de vergoeding van het zittend ziekenvervoer, is een eigen interpretatie van de mededeling en dit kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Ten aanzien van de zorgverzekering

Periode 9 maart tot en met 20 april 2011

- 9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is erkend dat verzoeker gedurende de eerste zes weken na de ingreep een indicatie had voor zittend ziekenvervoer als bedoeld in artikel 33, lid 2, sub c van de zorgverzekering. Verzoeker is op 9 maart 2011 geopereerd. Hij had derhalve gedurende de periode van 9 maart tot en met 20 april 2011 een indicatie voor zittend ziekenvervoer. Verzoeker heeft op 18 juni 2011 de kosten van het vervoer ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hierbij heeft hij een overzicht gevoegd waarop hij de data van het vervoer en de bijbehorende kosten heeft vermeld. Uit dit overzicht blijkt dat verzoeker gedurende voornoemde periode tweemaal naar en van het ziekenhuis is vervoerd, te weten op 22 maart en 19 april 2011. De totale kosten hiervoor bedragen € 59,80. Verzoeker heeft derhalve in principe aanspraak op vergoeding van dit bedrag. Verzoeker is voor zittend ziekenvervoer evenwel een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 92,- per kalenderjaar. Nu de kosten van het vervoer gedurende de eerste zes weken na de ingreep onder de verschuldigde eigen bijdrage blijven, komt voornoemd bedrag niet tot uitkering.

Periode 21 april 2011 tot en met 17 juni 2011

- 9.4. Bij de aanvraag van 18 juni 2011 verklaart de behandelend orthopedisch chirurg dat verzoeker gedurende de periode van 9 maart tot en met 9 september 2011 is aangewezen op zittend ziekenvervoer. Hij wordt gemiddeld twee keer per week vervoerd ten behoeve van de behandeling. De afstand van het thuisadres naar het behandeladres bedraagt 3 km enkele reis.
- 9.5. In de procedure is gesteld noch gebleken dat verzoeker na de eerste zes weken na de ingreep rolstoelbehoevend was, noch dat in deze periode sprake was van één van de andere indicaties als bedoeld in artikel 33, lid 2 sub a tot en met d van de zorgverzekering.
- 9.6. De vraag die ter beantwoording rest is of verzoeker een langdurige ziekte of aandoening had, waardoor hij langdurig was aangewezen op zittend ziekenvervoer, en of het niet vergoeden van dat vervoer voor hem zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- 9.7. Door de zorgverzekeraars wordt bij het vaststellen of sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard 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 eenvormige toepassing van de zogenoemde hardheidsclausule, zonder daarmee overigens de mogelijkheid van het op andere wijze vaststellen van onbillijkheid van overwegende aard uit te sluiten. Beoelde 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 zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule.

- 9.8. Op eerdergenoemd overzicht heeft verzoeker tevens vermeld op welke data hij naar en van het ziekenhuis is vervoerd in de periode van 21 april tot en met 17 juni 2011. Uit dit overzicht blijkt dat dit vervoer gedurende deze periode (in totaal acht weken) achttien keer heeft plaatsgevonden.
- 9.9. Toepassing van voornoemde formule leidt in de situatie van verzoeker niet tot een uitkomst die gelijk is aan of hoger dan 250. Dat verzoeker zich niet kan vinden in de toepassing van deze formule is hierbij niet van belang. Ook anderszins is bij verzoeker namelijk niet gebleken van een onbillijkheid van overwegende aard indien de kosten van het vervoer voor zijn rekening blijven.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek deels dient te worden toegewezen, in die zin, dat verzoeker – op grond van het feit dat hij zich toen uitsluitend per rolstoel kon verplaatsen – over de periode van 9 maart tot en met 20 april 2011 aanspraak heeft op een vergoeding van € 59,80. Deze aanspraak komt evenwel niet tot uitkering, omdat de vergoeding onder de verschuldigde eigen bijdrage van € 92,-- blijft. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.11. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals vermeld in 9.9.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 4 april 2012,

Voorzitter