



Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 15 februari 2024 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van ziekenvervoer.

Bij de adviesaanvraag heeft de SKGZ een kopie van het dossier gestuurd. Het Zorginstituut brengt een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting en/of aanvullende stukken nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

In artikel B.18 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op ziekenvervoer omschreven. Dit komt overeen met de Zvw.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Er is een BIG-geregistreerde medisch adviseur betrokken bij de beoordeling van het geschil. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Situatie van verzoeker

In 2020 en 2021 werd verzoeker geopereerd aan zijn nek. Na beide operaties bleek verzoeker nauwelijks te kunnen lopen en met behulp van een rollator kon hij zich zeer beperkt voortbewegen. Tussentijds constateerde de behandelend oogarts bij verzoeker een afwijking aan zijn ogen en in 2022 werd hij geopereerd aan zijn netvlies. Verzoeker kreeg onder andere injecties in zijn ogen, waardoor zijn zicht tijdelijk meer beperkt was.

Verzoeker geeft aan dat verweerder voor de periode van 8 september 2022 tot en met 7 december 2022 akkoord was met vergoeding van reiskosten voor behandeling in het oogziekenhuis. De afspraak waarvoor hij vergoeding heeft gevraagd betreft een controleafspraak die vanwege coronamaatregelen buiten de eerder afgegeven machtiging viel, aldus verzoeker. Verzoeker geeft aan dat als de coronamaatregelen er niet geweest waren hij de eindcontrole binnen deze periode had gehad. Ook geeft verzoeker aan dat zijn dochter hem tijdelijk een rolstoel ter beschikking stelde en dat de rolstoel voor hem het enige middel was om zich buitenshuis over een redelijke afstand te verplaatsen.

Verweerder geeft aan dat uit het gesprek met verzoeker in juni 2023 is gebleken dat hij eenmalig injecties in zijn ogen heeft gehad bij de ingreep zelf en dat het bij de overige afspraken zou gaan om een controle in de periode waarvoor akkoord is verleend. Verweerder geeft aan dat het gezichtsveld van verzoeker dan ook niet voor langere tijd aanzienlijk beperkt was en de akkoordverklaring voor een periode van drie maanden daarom onterecht was verleend. De controleafspraak waarvoor nu een aanvraag is ingediend kan volgens verweerder om deze reden al niet onder de eerder afgegeven machtiging vallen.



Verweerder voert aan dat een verzekerde met een visuele beperking aanspraak kan maken op vergoeding van ziekenvervoer, als het gezichtsvermogen na correctie van beide ogen minder dan 0,2 (20%) bedraagt of als sprake is van een andere oogaandoening, zoals kokerzien. In dit geval bedraagt de visusmeting links 60% en rechts 80% en ook is bij verzoeker geen sprake van een andere oogaandoening, aldus verweerder. Ook voert verweerder aan dat een tijdelijke gezichtsveldbeperking na het druppelen van ogen niet onder de verzekeringsaanspraak valt.

Verder voert verweerder aan dat verzoeker bij zijn aanvraag heeft aangegeven dat hij veel moeite heeft met lopen, maar dat hij niet afhankelijk is van een rolstoel. Verweerder heeft in het gesprek met verzoeker uitgelegd dat een vergoeding vanuit de basisverzekering mogelijk is, als een verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen. In de brief van 6 februari 2024 geeft verweerder aan dat uit de ontvangen informatie van verzoeker volgt dat hij geen rolstoel heeft van de gemeente en hij maximaal 50 meter kan lopen.

Tot slot komt verweerder tot het standpunt dat verzoeker ook op grond van de hardheidsclausule niet voor vergoeding in aanmerking komt voor het ziekenvervoer.

Juridisch kader

Polisvoorwaarden

In artikel B.18.2 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op ziekenvervoer omschreven. In dit artikel staan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor vergoeding van ziekenvervoer.

Aanspraak op ziekenvervoer

In artikel 2.14, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) is geregeld wanneer een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 km, enkele reis, met het openbaar vervoer, taxi of eigen vervoer. Het artikel geeft een limitatieve opsomming van groepen verzekerden die aanspraak kunnen maken op vergoeding van vervoer:

- Verzekerden die nierdialyses moeten ondergaan;
- Oncologiepatiënten die chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moeten ondergaan;
- Verzekerden die zich uitsluitend per rolstoel kunnen verplaatsen;
- Verzekerden met een zodanig beperkt gezichtsvermogen dat verplaatsing zonder begeleiding niet mogelijk is;
- Verzekerden jonger dan 18 jaar, die gebruik maken van verzorging vanwege complexe somatische (lichamelijke) problematiek, of een lichamelijke handicap hebben;
- Verzekerden die zijn aangewezen op geriatrische revalidatie;
- Verzekerden die zijn aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel zijn van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.

Wanneer verzekerden niet tot een van de bovengenoemde categorieën behoren, kunnen zij soms toch in aanmerking komen voor vergoeding van vervoerskosten.



Dat is het geval als een verzekerde voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd vervoer nodig heeft. De zorgverzekeraar kan dan besluiten de vervoerskosten te vergoeden. Deze mogelijkheid staat ook bekend als de 'hardheidsclausule'.¹

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In bepaalde gevallen kan er een indicatie zijn voor vergoeding vanuit het basispakket van vervoer naar en van een ziekenhuis, zorgverlener of instelling met (eigen) auto, taxi of openbaar vervoer. Zoals ook in het juridisch kader is uiteengezet, is in artikel 2.14, eerste lid, van het Bzv een *limitatieve* lijst opgenomen van de categorieën verzekerden die in aanmerking komen voor vergoeding van vervoer.

Rolstoelvervoer

Ingevolge artikel 2.14, eerste lid, onderdeel c, van het Bzv kan een verzekerde in aanmerking komen voor vergoeding van vervoer, als een verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen. Hierbij gaat het om iemand die volledig rolstoelafhankelijk is en zich niet met een ander loophulpmiddel kan verplaatsen.

Uit het voorliggende dossier is op te maken dat verzoeker beperkt (50 meter) kan lopen met behulp van een rollator. Er blijkt echter niet dat verzoeker (volledig) rolstoelafhankelijk is.

Visuele beperking

Ingevolge artikel 2.14, eerste lid, onderdeel d, van het Bzv kan een verzekerde in aanmerking komen voor vergoeding van vervoer, als het gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.

Wat betreft visuele beperkingen moet er sprake zijn van een ernstig beperkt gezichtsvermogen (visus van 0,2 of minder) of ernstig beperkt gezichtsveld (zoals kokerzien). Incidenteel vervoer waarbij een verzekerde tijdelijk slecht doordat hij of zij vanwege onderzoek of een behandeling aan het oog oogdruppels heeft gekregen, valt niet onder de aanspraak.

Uit de voorliggende informatie is op te maken dat het gezichtsvermogen van verzoeker links 60% is en rechts 80%. Hiermee voldoet verzoeker niet aan de indicatievereiste op basis van de visus.

Er kan geconcludeerd worden dat de medische indicatie van verzoeker niet valt onder één van de genoemde (limitatieve) categorieën uit artikel 2.14 van het Bzv.

Conclusie

De medische indicatie van verzoeker valt niet onder één van de limitatieve categorieën uit artikel 2.14 van het Bzv.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoeker heeft geen aanspraak op vergoeding van ziekenvervoer ten laste van de basisverzekering.

¹ Artikel 2.14, lid 3, Bzv.