



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg

Zaak : Zittend ziekenvervoer, ondersteunende begeleiding, telefonische toezegging

Zaaknummer : 201800844

Zittingsdatum : 12 december 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.14 Bzv, 2. Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering CZdirect (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering CZdirect Basic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand 1 is niet in geschil en blijft om die reden 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 het zittend ziekenvervoer naar en van de nazorg in aansluiting op een klinische GGZ-behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 februari 2018 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 15 maart 2018 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 e-mailbericht van 21 augustus 2018 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € ,-- 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 november 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 november 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 november 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Op 12 december 2018 heeft verzoeker telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord, omdat hij door ziekte niet in staat is in persoon deel te nemen aan de hoorzitting. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 november 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 1 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 28 november 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018055569) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de informatie uit het dossier is geconcludeerd dat de nazorg niet als geneeskundige zorg kan worden aangemerkt. Dit heeft als gevolg dat het zittend ziekenvervoer niet ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 29 november 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 december 2018 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 19 december 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Naar aanleiding van hetgeen ter zitting is gezegd, heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd toe te lichten hoe de volgende twee zinnen uit het voorlopig advies zich tot elkaar verhouden: *"Uit het dossier blijkt niet waaruit de nazorg/ondersteunende begeleiding bestaat en daarnaast is onduidelijk waar deze zorg gedeclareerd is."* en *"De medisch adviseur concludeert op basis van de informatie in het dossier dat de nazorg niet als geneeskundige zorg aangemerkt kan worden."*
In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 januari 2019 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. In antwoord op de gestelde vraag, heeft het Zorginstituut de volgende toelichting gegeven: *"Omdat op basis van het onderliggende dossier onduidelijk is waaruit de nazorg/ondersteunende begeleiding bestaat en daarnaast onduidelijk is waar deze zorg gedeclareerd is, kan de nazorg niet als geneeskundige zorg aangemerkt worden. Hierdoor komt het zittend ziekenvervoer niet voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking."*
Een afschrift van dit advies is op 18 januari 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker de commissie telefonisch verzocht om uitstel voor het geven van zijn reactie. Dit uitstel is aan hem verleend. Verzoeker heeft op 30 januari 2019 telefonisch aan de commissie zijn reactie doorgegeven.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is eerst klinisch behandeld in een GGZ-instelling. Aansluitend volgde een ambulante nazorgtraject waarvoor hij tweemaal per week van zijn woonadres naar de behandellocatie en terug moest reizen. Verzoeker heeft op 3 december 2017 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag

ingediend voor vergoeding van de betreffende reiskosten. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen.

4.2. Verzoeker heeft op 6 november 2017 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft toen geïnformeerd naar de vergoeding van de reiskosten, omdat hij deze gedurende tien weken zou moeten voorschieten, wat gezien zijn kwetsbare uitgangspositie extra zwaar woog. De ziektekostenverzekeraar heeft hem tijdens dit gesprek niet verteld dat de onderhavige reiskosten nooit worden vergoed. Hem is ter zake alleen medegedeeld dat hij na de beëindiging van de nazorg het formulier 'zittend ziekenvervoer' moest indienen met daarbij een verklaring van de zorgaanbieder met betrekking tot de deelname aan het nazorgtraject. Verzoeker heeft aan beide voorwaarden voldaan.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat de verleende zorg 'ondersteunende begeleiding' betreft en geen 'geneeskundige begeleiding'. Dit mag op grond van de regelgeving kloppen, maar aangezien de ziektekostenverzekeraar tijdens het telefoongesprek van 6 november 2017 niet heeft verteld dat deze reiskosten nooit worden vergoed, moet hij hiervoor toch vergoeding verlenen.

4.4. Daarbij heeft de zorgaanbieder op 28 juni 2018 per e-mail verklaard dat de door hem verleende zorg behoort tot de specialistische geestelijke gezondheidszorg, en dat de kosten hiervan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij er vanuit is gegaan dat de reiskosten zouden worden vergoed. Achteraf blijkt dit niet het geval. De zorgaanbieder heeft altijd verklaard dat de opname en de nabehandeling één traject vormen. Ook heeft de zorgaanbieder verklaard dat de vervoerskosten van de nabehandeling normaliter worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Andere betrokkenen hebben de reiskosten zonder problemen vergoed gekregen van hun verzekeraar.

Een passage uit het advies van het Zorginstituut is verzoeker niet geheel duidelijk. Hij vraagt of het aan hem of aan de zorgaanbieder is te wijten dat uit het dossier niet blijkt waaruit de betreffende nabehandeling bestond.

De nabehandeling betrof een aantal bijeenkomsten, twee á drie keer per week gedurende tien weken, met degenen die eveneens de klinische behandeling hebben doorlopen. De nabehandeling was nodig om de klinische behandeling goed te kunnen afsluiten.

4.6. Verzoeker heeft op 30 januari 2019 telefonisch aan de commissie medegedeeld dat hij naar aanleiding van het definitieve advies van het Zorginstituut nogmaals telefonisch contact heeft gehad met de zorgaanbieder. Deze keer heeft de zorgaanbieder aan hem medegedeeld dat cliënten nooit hun reiskosten vergoed krijgen, maar de ouders wel. Dit is precies het tegenovergesteld van hetgeen eerder, meerdere keren, aan hem is verteld. Verzoeker vindt het vervelend dat de zaak zo is gelopen. Hij gaat ervan uit dat het bindend advies afwijzend zal zijn.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer naar en van een zorgaanbieder. Eén van de voorwaarden is dat de genoten zorg onder de dekking van de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) valt. Bij de aanvraag voor het vervoer in verband met de nazorg is door de zorgaanbieder vermeld dat het ondersteunende begeleiding betreft. Deze zorg valt niet onder de dekking van de zorgverzekering, maar onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarom heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer naar en van de nazorg.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien bij de zorgaanbieder nogmaals nagevraagd wat voor soort zorg is verleend. De zorgaanbieder heeft hierop schriftelijk verklaard dat de verleende nazorg ondersteunende begeleiding betrof. De ziektekostenverzekeraar vindt het daarom, ondanks het e-

mailbericht van de zorgaanbieder van 28 juni 2018, niet aannemelijk dat de aan verzoeker verleende nazorg onder de zorgverzekering valt. De enkele omschrijving "nazorg" is hiervoor niet voldoende.

- 5.3. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het College voor Zorgverzekeringen (thans het Zorginstituut) in 2009 het onderscheid heeft verduidelijkt tussen geneeskundige GGZ en AWBZ-begeleiding. Hoewel de AWBZ niet meer bestaat, geldt dit standpunt nog steeds:

"Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaats vindt naar de behandelaar. Voor het uitvoeren van deze activiteiten is deskundigheid op het niveau van behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.) nodig.

Activiteiten die een niet-geneeskundig doel betreffen en waarvoor geen deskundigheid op het niveau van behandelaar is vereist, moeten worden gerekend tot de functie begeleiding in de AWBZ. Als voorbeeld geldt het oefenen en inslijpen van gedrag dat tijdens een behandeling is aangeleerd. Het aanleren van bepaald gedrag is onderdeel van de psychiatrische behandeling (Zvw), het oefenen en inslijpen is AWBZ-begeleiding. Voor AWBZ-begeleiding is géén specifieke deskundigheid vereist op het niveau van de behandelaar, er ligt geen medisch behandelplan aan ten grondslag en er is ook geen directe terugkoppeling naar de behandelaar nodig. Het gaat dan om begeleiding die gericht is op het bevorderen, het behouden van of het compenseren van de zelfredzaamheid van de verzekerde." Op grond hiervan stelt de ziektekostenverzekeraar vast dat geen sprake is van geneeskundige GGZ. Daarom valt de verleende nazorg niet onder de dekking van de zorgverzekering, maar ligt deze op het terrein van de Wmo.

- 5.4. Daarnaast gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de zorgaanbieder de nota voor de nazorg niet bij hem ter declaratie heeft ingediend. De kosten van de klinische behandeling zijn wél gedeclareerd, en zijn volgens het hiervoor geldende restitutietarief voor 75% vergoed.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar houdt een registratie bij van alle inkomende en uitgaande telefoongesprekken. Er is geen gesprek met verzoeker geregistreerd op 6 november 2017, maar wel op 31 oktober 2017. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdens dit gesprek geen toezeggingen gedaan. Uit de notitie van het gesprek op 31 oktober 2017 blijkt dat aan verzoeker enkel is toegezegd dat hem een aanvraagformulier wordt gezonden. Uit de registratie blijkt niet dat onjuiste of onvolledige informatie is verstrekt op basis waarvan verzoeker redelijkerwijs ervan mocht uitgaan dat het vervoer voor vergoeding in aanmerking komt. Het is niet altijd mogelijk om voorafgaand aan een aanvraag al te bepalen of zorg vergoed gaat worden. Daarom wordt aan de hand van een in te dienen aanvraag beoordeeld of is voldaan aan de voorwaarden. Dat een aanvraag moet worden ingediend, impliceert dat hierop een beoordeling volgt, die tot een toewijzing of een afwijzing kan leiden. Verzoeker mocht er dus niet van uitgaan dat het vervoer zonder meer zou worden vergoed.

- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het advies van het Zorginstituut zijn standpunt onderschrijft. Er bestaat verschil tussen de klinische behandeling en de nabehandeling. De klinische behandeling is vergoed conform de verzekeringsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij niet het vertrouwen heeft gewekt dat de kosten van het vervoer in het kader van de nabehandeling door hem zou worden vergoed.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het zittend ziekenvervoer naar en van de verleende nazorg, 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 naturopolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.18.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

De zorg omvat:

• het zittend ziekenvervoer:

o per auto

o in de laagste klasse van het openbaar vervoer of

o taxi

(...)

Let op!

• Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

• De zorg valt onder het eigen risico.

• De zorg omvat eigen bijdragen of heeft uitsluitingen:

o U hebt een eigen bijdrage van € 100,- per jaar voor zittend ziekenvervoer;

o U hebt geen recht op zittend ziekenvervoer als u zorg ontvangt die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;

o De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

o Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.

(...)

Het zittend ziekenvervoer is nodig omdat:

• u een nierdialyse moet ondergaan;

• u behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan;

• u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen en dus niet met aangepast ziekenvervoer. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;

• uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;

(...)

Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde “hardheidsclausule” van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op zittend ziekenvervoer volgens de “hardheidsclausule”. Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

(...)”

- 8.4. Artikel B.18.2 van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2. Rzv. Artikel 2.1, eerste lid, Bzv bepaald dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zvw de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
- 8.6. 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. Op grond van artikel B.18.2 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zittend ziekenvervoer naar en van een zorgaanbieder waar de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering of de Wlz komen. Hierbij dient sprake te zijn van een situatie waarin de verzekerde nierdialyse of een oncologische behandeling (chemotherapie of radiotherapie) dient te ondergaan, hij zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, dan wel een beperkt gezichtsvermogen heeft waardoor hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen. In andere gevallen is een beroep op de hardheidsclausule mogelijk. Niet in geschil is dat verzoeker niet behoort tot één van de hiervoor genoemde categorieën van verzekerden. Verzoeker zou daarom uitsluitend op grond van de hardheidsclausule in aanmerking kunnen komen voor vergoeding van het vervoer naar en van de locatie waar de nazorg is verleend.
- 9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is in dat verband gesteld dat de onderhavige nazorg geen geneeskundige behandeling betreft, en daarom niet onder de dekking van de zorgverzekering of de Wlz valt. Om die reden bestaat geen aanspraak op het vervoer naar en van de behandellocatie.

Verzoeker heeft in reactie hierop het e-mailbericht van de zorgaanbieder van 28 juni 2018 overgelegd, waarin wordt verklaard dat de verleende zorg behoort tot de specialistische geestelijke gezondheidszorg, en dat de kosten hiervan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Door het toenmalige College voor Zorgverzekeringen is in het rapport 'Afbakening individuele begeleiding vanuit de AWBZ en geneeskundige GGZ-zorg (Zvw)' vastgesteld dat begeleidingsactiviteiten, die een onlosmakelijk deel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg zoals bedoeld in de Zvw. Hiervan is volgens het College voor Zorgverzekeringen sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de behandelaar. Voor het uitvoeren van deze activiteiten is deskundigheid op het niveau van behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.) nodig. Dit standpunt is bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 28 november 2018. De commissie is niet gebleken dat de nazorg die verzoeker heeft ontvangen, een onlosmakelijk onderdeel is van de door hem ontvangen klinische behandeling. Er is met name niet gebleken dat de verleende nazorg wordt aangestuurd door de behandelaar en dat terugkoppeling plaatsvindt aan de behandelaar. Evenmin is gebleken dat voor het uitvoeren van de activiteiten deskundigheid op het niveau van behandelaar is vereist. Aangezien niet is gebleken dat de verleende nazorg is aan te merken als geneeskundige zorg zoals bedoeld in de zorgverzekering, en de ziektekostenverzekeraar - daarnaar gevraagd - heeft verklaard dat hij de kosten van de nazorg niet ten laste van de zorgverzekering heeft vergoed en evenmin is gebleken dat de zorg ten laste van de Wlz is vergoed, is niet aan de eerste voorwaarde voldaan en kan toetsing aan de hand van de hardheidsclausule achterwege blijven. Verzoeker heeft geen aanspraak op het vervoer naar en van de locatie waar de nazorg is verleend.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Telefonische toezegging

- 9.4. Tussen partijen is niet in geschil dat tijdens een telefoongesprek, dat kennelijk op 31 oktober 2017 heeft plaatsgevonden - verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat er (ook) op 6 november 2017 telefonisch contact is geweest -, door de ziektekostenverzekeraar is verteld dat een aanvraag moest worden ingediend voor de vergoeding van de reiskosten in verband met de nazorg. Het feit dat verzoeker een aanvraag moest indienen, impliceert dat hierop nog een beslissing zou volgen en dat deze voor verzoeker ook negatief kon zijn. Het bestaan van een eenduidige en onvoorwaardelijke toezegging is door hem niet aannemelijk gemaakt. Het enkele feit dat hem niet is verteld dat de reiskosten niet voor vergoeding in aanmerking komen, betekent niet dat, zoals door verzoeker is gesteld, de kosten door de ziektekostenverzekeraar moeten worden vergoed. Het was op dat moment immers niet duidelijk of de kosten al dan niet voor vergoeding in aanmerking zouden komen. Dat zou moeten blijken uit het ten behoeve van verzoeker ingevulde formulier.
- 9.5. Het beroep op het e-mailbericht van de zorgaanbieder van 28 juni 2018 kan niet leiden tot een andere uitkomst. Uitgangspunt is dat een zorgaanbieder met zijn uitlatingen een derde - in dit geval de ziektekostenverzekeraar - niet kan binden. Onder omstandigheden kan dit anders zijn, bijvoorbeeld indien het een gecontracteerde zorgaanbieder betreft en deze verklaart dat sprake is van verzekerde zorg. Hier betreft het evenwel een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, zoals blijkt uit het feit dat een restitutiekorting is toegepast.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 6 februari 2019,



H.A.J. Kroon

