



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar te Schiedam
Zaak : EU/EER, België, ambulancevervoer
Zaaknummer : 201701121
Zittingsdatum : 24 januari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.13 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

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

tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, 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 grond van de Basisverzekering (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 AV-Top 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).

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 ambulancevervoer van zijn woonadres naar Wilrijk, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 maart 2017 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 3 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld alsnog coulancehalve een vergoeding toe te kennen van € 361,19. Bij brief van 8 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld geen hogere vergoeding te verlenen.
- 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 7 september 2017 heeft verzoeker 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).
- 3.5. 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 stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 oktober 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 november 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 november 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 december 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 15 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 13 december 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017051230) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken van dusdanige spoed dat ambulancevervoer was aangewezen, al dan niet met voorschrift van een (huis)arts. Voorts is door verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar geen toestemming gevraagd voor het vervoer. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 december 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 24 januari 2018 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 26 januari 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 30 januari 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend gastro-enteroloog heeft op 1 februari 2017 over verzoeker verklaard: "(...) Uw patiënt wordt de spoedgevallen binnengebracht door de ziekenwagen omwille van buikpijnklachten, nausea en braken sinds 1,5 week. Meneer heeft het gevoel uit te drogen (droge huid, droge lippen). Hij houdt niets meer binnen. Meneer heeft eenmalig een koortsig gevoel gehad, maar geen koorts gemeten. Omwille van zijn gastro-enterologische voorgeschiedenis meldt hij zich nu aan op spoedgevallen. Meneer maakt nog stoelgang. Geen diarree. Er is geen dysurie. (...) Klinisch weerhouden we een hypoperistaltisch abdomen met lichte drukpijn periumbilicaal. Het echo abdomen toont geen duidelijke afwijkingen. Op de sigmoidscopie zien we een status na ileo anale anastomose; geen recidief pouchitis en de CT doet ons vermoeden dat het hier toch gaat om briden, vanwege een sterke dilatatie van dundarmstructuren. Advies van algemene heekkunde werd gevraagd, er was echter geen indicatie voor heekkundig ingrijpen. Na plaatsing maagsonde in intermitterende suctie was er een langzame recuperatie van de transit. (...)".
- 4.2. Op 21 januari 2017 nam verzoeker contact op met de huisartsenpost omdat hij zich erg ziek voelde. De huisarts oordeelde dat verzoeker diende te worden opgenomen in het Maasstad ziekenhuis te Rotterdam. Hier moest hij dan gedurende veertien dagen in quarantaine verblijven in verband met een mogelijke besmetting met de MRSA-bacterie. Achtergrond hiervan was dat verzoeker in de jaren ervoor vijf keer is geopereerd in het ziekenhuis te Wilrijk, België.
- 4.3. Omdat verzoeker goede ervaringen heeft met het ziekenhuis in Wilrijk en men hem daar goed kent, heeft hij de huisarts gevraagd een ambulance te regelen naar dit ziekenhuis. De huisarts wilde echter alleen een ambulance naar het ziekenhuis in Rotterdam bestellen. Daarom heeft de echtgenote van verzoeker telefonisch contact opgenomen met het ziekenhuis in Wilrijk, en is van daaruit een ambulance geregeld. Verzoeker is gedurende drie weken opgenomen geweest in Wilrijk. Daarna is hij met eigen vervoer naar huis terug gebracht. De kosten van het ambulancevervoer heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Vergoeding van de betreffende kosten - ter grootte van € 1.610,81 - werd aanvankelijk echter afgewezen. Nadien is € 361,19 vergoed.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat hij in het ziekenhuis in Nederland de eerste veertien dagen in quarantaine had moeten verblijven, hetgeen voor hem geen mogelijkheid vormde. De huisarts wist zich met de situatie geen raad, waarop de echtgenote van verzoeker telefonisch contact heeft opgenomen met het ziekenhuis in Wilrijk. De arts aldaar deelde mede dat verzoeker echt naar het ziekenhuis moest. Omdat de echtgenote van verzoeker hem niet kon vervoeren, heeft deze arts met spoed ambulancevervoer van het woonadres van verzoeker naar het ziekenhuis in Wilrijk geregeld. Verzoeker kon op dat moment niet lopen en was verward. Hij had een dunnedarmobstructie, welke aandoening - gelet op de voorgeschiedenis - dodelijk kan zijn. Verzoeker heeft een kunst darm en is al vijf keer in het ziekenhuis in Wilrijk geopereerd. De artsen in dit ziekenhuis kennen verzoeker en zijn medische voorgeschiedenis. Hij verblijft overigens ook op dit moment weer in het ziekenhuis. De echtgenote van verzoeker heeft hem destijds weer naar huis gebracht. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft aan de echtgenote van verzoeker medegedeeld dat zij de factuur van het ambulancevervoer kon opsturen en dat deze zou worden vergoed. Dit laatste is echter niet gebeurd. De schoonzus van verzoeker heeft hetzelfde meegemaakt. Zij is ook verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar, en kreeg de kosten wel vergoed.
- 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. Vergoeding van ambulancevervoer is gebonden aan voorwaarden, die zijn vastgelegd in artikel 36, lid 2.2, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Zo dient het ambulancevervoer te worden aangevraagd door een huisarts of medisch specialist. Indien de huisarts een ambulance had aangevraagd voor vervoer naar het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam, had de ziektekostenverzekeraar hiervoor een vergoeding verleend. Dit is evenwel niet het geval, aangezien de ambulance is aangevraagd door de echtgenote van verzoeker. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het ambulancevervoer naar en van het ziekenhuis in Wilrijk, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. Voor zover verzoeker stelt dat bij hem een spoedsituatie aan de orde was geldt het volgende. Bij ambulancevervoer bestaan vijf urgentie categorieën. Bij bijvoorbeeld categorie U0 is sprake van uitval van vitale functies en is reanimatie noodzakelijk, terwijl bij categorie U5 geen sprake is van kans op schade en de zorg kan wachten tot de volgende werkdag. De huisarts heeft verzoeker ingeschaald in urgentie categorie U3, hetgeen inhoudt dat sprake is van reële schade en de snelheid van handelen is vastgesteld op 'binnen enkele uren'. Hieruit is af te leiden dat geen sprake was van spoed. Daarnaast valt op dat tussen het aanmaken van het verslag van de huisarts en de oproep van de ambulance anderhalf uur ligt. Ook hieruit kan worden geconcludeerd dat het geen spoed betrof.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten coulantshalve een vergoeding te verlenen voor een gedeelte van de kosten van het ambulancevervoer, en wel ter hoogte van de vergoeding die zou zijn verleend als de ambulance was aangevraagd van het huisadres van verzoeker naar het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam. Het bijbehorende bedrag van € 361,19 is begin mei 2017 aan verzoeker overgemaakt.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 14 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 de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 42 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 36 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenvervoer, waaronder ambulancevervoer, bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden het ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1 van de Wet ambulancevervoer, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet. Is vervoer per ambulance niet mogelijk, dan heeft u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel.

lid 1.2 Voorwaarden

Algemeen

Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, doordat een andere manier van vervoer (per taxi, auto of openbaar vervoer) om medische redenen niet verantwoord is.

Machtiging

Een machtiging is alleen nodig als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u met een ander vervoermiddel vervoerd moet worden. In spoedeisende gevallen is deze akkoordverklaring niet nodig.

Aanvraag

Het ziekenvervoer per ambulance is aangevraagd door een huisarts of medisch specialist.

Zorgverlener/leverancier

De zorg wordt verleend door een ambulancedienst met een erkende vergunning.

Vervoertraject

Vergoed worden de kosten van het vervoer:


- a. naar een zorgverlener van wie of een zorginstelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van deze zorgverzekering komen;*
- b. naar een zorginstelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal verblijven;*

- c. naar een zorgverlener van wie of een zorginstelling waarin de verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten op basis van de Jeugdwet geheel of gedeeltelijk ten laste van de gemeente komen;
- d. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt;
- e. van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar uw eigen woning of naar een andere woning, indien u in uw woning redelijkerwijs de verzorging niet kan ontvangen. (...)"


- 8.4. Artikel 36 van de zorgverzekering is volgens artikel 2, eerste lid, 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. Ziekenvervoer, waaronder ambulancevervoer, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.13 Bzv.
- 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

- 9.1. Vast staat dat ambulancevervoer een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, en dat de huisarts - gegeven de urgentie 'U3' - een indicatie voor vervoer per ambulance naar het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam aanwezig achtte. Verzoeker is evenwel niet naar dat ziekenhuis, maar naar het ziekenhuis in Wilrijk vervoerd. Gelet op artikel 36 van de voorwaarden van de zorgverzekering dient het ambulancevervoer te worden aangevraagd door een huisarts of medisch specialist. De huisarts heeft nadrukkelijk geweigerd het vervoer per ambulance naar het Belgische ziekenhuis aan te vragen. Door de echtgenote van verzoeker is ter zitting toegelicht dat de aldaar werkzame arts "met spoed het ambulancevervoer naar het ziekenhuis in Wilrijk heeft geregeld". De commissie overweegt het volgende. Gelet op de omstandigheid dat verzoeker vijfmaal eerder in het ziekenhuis te Wilrijk aan zijn darm is geopereerd en ook nu in verband met een dunnedarmobstructie binnen enkele uren in een ziekenhuis moest worden behandeld, heeft verzoeker mogen kiezen voor het ziekenhuis te Wilrijk waar men op de hoogte is van zijn medische voorgeschiedenis. Onder deze omstandigheden






kan de weigering van de huisarts om ambulancevervoer naar België aan te vragen niet aan verzoeker worden tegengeworpen zodat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het onderhavige ambulancevervoer, ten laste van de zorgverzekering.

- 
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft eerder ervoor gekozen aan verzoeker coulancehalve het bedrag te vergoeden dat zou zijn betaald indien hij per ambulance was vervoerd van zijn huisadres naar het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam. De betreffende vergoeding bedraagt € 361,19 en de ziektekostenverzekeraar mag deze in mindering brengen op het aan verzoeker te vergoeden bedrag.





Conclusie

- 
- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 
- 9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, is de ziektekostenverzekeraar gehouden het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.




10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.



Zeist, 21 februari 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester

