

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, rolstoelgebondenheid
Zaaknummer : 2011.02935
Zittingsdatum : 4 april 2012

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

1) E, en

2) F, beide te G,

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 ZorgVerzorgd (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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op zittend ziekenvervoer (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 26 december 2011 heeft verzoekster 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).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 februari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Verzoekster heeft bij brief van 28 februari 2012 op voornoemd standpunt van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is op 29 februari 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 februari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 maart 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 21 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 26 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012023775) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat verzoekster in ieder geval tot 9 februari 2012 is aangewezen op vervoer per rolstoel. Daarom komt zij tot deze datum in aanmerking voor vergoeding van zittend ziekenvervoer. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 maart 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 april 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 5 april 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften gezonden van het verslag van de hoorzitting, de door verzoekster ter zitting voorgedragen pleitnota, en de brief van verzoekster van 28 februari 2012 met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie hierop heeft het CVZ bij brief van 8 mei 2012 de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Gebleken is dat op 6 februari 2012 een gipscontrole heeft plaatsgevonden en dat het been vanaf die datum weer mag worden belast. Daarom is vanaf die datum geen sprake meer van rolstoelafhankelijkheid. Een afschrift van dit advies is op 10 mei 2012 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren.
- 3.11. Verzoekster heeft bij brief van 13 mei 2012 op het definitieve CVZ-advies gereageerd. Een afschrift hiervan is op 22 mei 2012 ter kennisname naar de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is op 8 november 2011 gevallen bij het afstappen van haar fiets. Hierdoor heeft zij een gecompliceerde fractuur aan het linker onderbeen opgelopen. In overleg met de behandelend orthopedisch chirurg heeft verzoekster, mede vanwege haar diabetes, gekozen voor een langdurige behandeling (drie á vier maanden) met een gipsverband in plaats van een operatie. Haar linkerbeen is daarom vanaf de tenen tot de lies in het gips gezet. Verzoekster is tot en met 17 november 2011 in het ziekenhuis opgenomen geweest en aansluitend, tot en met 9 januari 2012, in een verpleeghuis.

- 4.2. Verzoekster moet sindsdien regelmatig op controle te komen op de gipspoli van het ziekenhuis. Aangezien zij met haar ingegipste been niet kan lopen, en dus rolstoelafhankelijk is, heeft zij de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de eerste controle, en dus tijdig, verzocht om een machtiging voor zittend ziekenvervoer per rolstoeltaxi.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij rolstoelafhankelijkheid alleen aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer indien deze rolstoelafhankelijkheid permanent is, doch in de polisvoorwaarden wordt deze voorwaarde niet vermeld. Er wordt enkel vermeld dat de verzekerde zich "uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen". Verzoekster kan zich langdurig uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en voldoet daarom aan de in de polis gestelde voorwaarden voor zittend ziekenvervoer.
- 4.4. De commissie heeft in een eerder bindend advies geoordeeld dat aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer indien sprake is van langdurige gebondenheid aan een rolstoel en dat in de polisvoorwaarden of onderliggende regelgeving niet is bepaald dat sprake moet zijn van het permanent zijn aangewezen op een rolstoel. Derhalve heeft de ziektekostenverzekeraar zich schuldig gemaakt aan opzettelijke misleiding en wanprestatie, en heeft hij opzettelijk gehandeld in strijd met de geldende verzekeringsvoorwaarden en overheidsvoorschriften.
- 4.5. Op 28 februari 2012 draagt verzoekster nog steeds een gipsverband. Het gaat dus om een langdurige conserverende gipsverbandbehandeling. Zij is dus al gedurende vier maanden – en dus langdurig – rolstoelgebonden.
- 4.6. Verzoekster vordert verder het in verband met de onderhavige procedure verschuldigde entreegeld. Tevens vordert zij de wettelijke rente vanaf de datum van het bindend advies.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling opgemerkt dat de hardheidsclausule wat haar betreft niet aan de orde is, en dat de commissie hieraan niet hoeft te toetsen. Wel moet in de uitspraak worden ingegaan op alle data waarop vervoer heeft plaatsgevonden. De vraag die moet worden beantwoord, is wat dient te worden verstaan onder verplaatsing 'uitsluitend per rolstoel'. Verzoekster verwijst hiervoor naar de jurisprudentie van de commissie, in het bijzonder dossier 2008.01699. Hierin is met name het '100 meter'-criterium verwoord.
- 4.8. Het CVZ adviseert tot toewijzing, hetgeen terecht is, aldus verzoekster. De motivering is echter niet juist, omdat de data incorrect zijn. In het advies is verder nagelaten te toetsen aan het '100 meter'-criterium. Volgens het CVZ zou verzoekster vanaf 9 januari 2012 wel 100 meter kunnen lopen. Zij gebruikt nu echter nog steeds een looprek en een hoog-laag-bed. De CIZ-indicatie loopt tot 13 mei 2012. Verzoekster is dus nog steeds rolstoelafhankelijk.
- 4.9. Uit de jurisprudentie van de commissie volgt niet dat het '100 meter'-criterium zou zijn verlaten. De polisvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar zijn op dit punt sinds 2008 niet gewijzigd. Het gaat niet om het standpunt van de ziektekostenverzekeraar, maar om de uitspraken van de commissie. Als de ziektekostenverzekeraar doelbewust volhardt in een verkeerd standpunt, wordt een verzekerde verplicht een procedure te starten. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar dwingen de juiste lijn te volgen door een schadevergoeding toe te wijzen. In het verweer van de ziektekostenverzekeraar wordt in punt 11 verzwegen dat verzoekster het been alleen

onder begeleiding van de fysiotherapeut mag belasten. De ziektekostenverzekeraar houdt zich niet aan eerdere bindende adviezen van de commissie. Mede hierom is een schadevergoeding op zijn plaats. Er is sprake van schade door verlies van tijd, spanning en frustratie. Spanning en frustratie worden door het Europese Hof aangemerkt als schade. Verzoekster denkt aan een bedrag van € 445,--, en vordert dit naast het entreegeld en de wettelijke rente.

- 4.10. De vergoeding van vervoer vanuit de WMO geldt niet met terugwerkende kracht. Verder is het vervoer alleen mogelijk in de woonplaats, zodat het niet kan worden aangewend voor een gipscontrole buiten de woonplaats. Overigens blijft voor de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot het jaar 2011 maar een bedrag van € 8,-- over dat dient te worden vergoed, omdat verzoekster voor het zittend ziekenvervoer een eigen bijdrage is verschuldigd. Het gaat echter om het principe.
- 4.11. In haar brief van 13 mei 2012 benadrukt verzoekster dat het CVZ ook in zijn definitieve advies uitgaat van de verkeerde data. Verzoekster verwijst nogmaals naar het eerder genoemde 100 meter-criterium. Het CVZ legt dit criterium zonder nadere motivering naast zich neer. Verzoekster is het eens met het definitieve CVZ-advies, maar is van oordeel dat dit advies, waar het gaat om het daarin gegeven oordeel over haar rolstoelafhankelijkheid op en na 6 februari 2012, "onzorgvuldig is voorbereid en, met name in medisch opzicht, ondeugdelijk is gemotiveerd."
- 4.12. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster is niet uitsluitend op een rolstoel aangewezen, zoals bedoeld in de zorgverzekering, en heeft om die reden geen aanspraak op zittend ziekenvervoer. Onder rolstoelgebruikers in de zin van de zorgverzekering worden verstaan de mensen die permanent rolstoelgebonden zijn, waarbij geen sprake is van een incidentele tijdelijke situatie.
- 5.2. Bij de invoering van de Zvw, waar de zorgverzekering op is gebaseerd, is de aanspraak op zittend ziekenvervoer ongewijzigd overgenomen uit de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet. Bij de totstandkoming van deze Regeling is gebleken dat de onderhavige aanspraak beperkt dient te worden tot "die groepen verzekerden van wie niet kan worden verwacht dat zij zelfstandig voor vervoer naar of van de zorgverlener kunnen zorgdragen en de kosten van het vervoer voor die groepen onredelijk hoog kunnen oplopen gezien hun ziektelast, frequentie en duur van vervoer."
- 5.3. Hoewel in het door verzoekster aangehaalde bindend advies een andere interpretatie wordt gegeven van de indicatie 'permanent aangewezen zijn op rolstoelgebruik', blijkt uit de totstandkoming van voornoemde Regeling dat de wetgever met de onderhavige aanspraak voor ogen had dat de kosten van ziekenvervoer in principe voor rekening van de verzekerde zouden blijven, tenzij dit in redelijkheid niet van de betreffende persoon kon worden gevraagd. Gezien de situatie van verzoekster en het feit dat het hier slechts enkele ritten naar het ziekenhuis betreft, kan niet van onredelijkheid in bovenvermelde zin worden gesproken. Daarnaast is bij verzoekster geen sprake van een onbillijkheid van overwegende aard bij het niet vergoeden van het incidenteel taxivervoer over korte afstand.

- 5.4. Opzettelijke misleiding en wanprestatie zijn niet aan de orde. Met de door hem gegeven uitleg van het begrip “uitsluitend” heeft de ziektekostenverzekeraar aangehaakt bij de bedoelingen van de wetgever.
- 5.5. Ter zitting is naar aanleiding van het CVZ-advies aangevoerd dat het bekend is dat de ziektekostenverzekeraar in deze een andere mening is toegedaan. Het is aan de commissie hierover een oordeel te geven. Het ‘100 meter’-criterium is oud, en ook toen dit werd gesteld, ging het om langdurig en permanent vervoer. Verzoekster heeft kennelijk op grond van de WMO een indicatie. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich daarom af wat haar belang dan nog is bij een vergoeding vanuit de zorgverzekering. Voor een schadevergoeding is volgens de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding.
- 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 algemene voorwaarden 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B36 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op vergoeding van kosten van het openbaar vervoer in de laagste klasse, of op vergoeding van de kosten van een auto. (...)

U heeft recht op vervoer als:

(...)

-- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of

(...)

-- u een langdurige ziekte of aandoening hebt en voor de behandeling hiervan langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet toestaan van vervoer of de vergoeding van de kosten voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. Ook in dit geval heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig.

(...)

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage van € 92 per kalenderjaar.

(...)

Toestemming

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

- 8.3. Artikel B36 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag is of verzoekster aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering, op de grond dat zij gedurende langere tijd is aangewezen op een rolstoel. Anders dan door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, is in de polisvoorwaarden, noch in de onderliggende regelgeving en de toelichting daarop expliciet vermeld dat sprake moet zijn van permanente rolstoelafhankelijkheid. Aangezien in de tekst van de regelgeving de door de ziektekostenverzekeraar gestelde bedoelingen van de wetgever bij de totstandkoming van de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet, niet zijn te lezen, faalt hetgeen de ziektekostenverzekeraar dienaangaande heeft gesteld.
- 9.2. Uit het dossier komt voldoende naar voren dat verzoekster in ieder geval in de periode van 8 november 2011 tot en met 6 februari 2012 was aangewezen op een rolstoel. Om die reden heeft het CVZ in zijn advies geconcludeerd dat zij tot en met 6 februari 2012 een indicatie heeft voor zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.3. Verzoekster stelt ook na 6 februari 2012 rolstoelafhankelijk te zijn gebleven, omdat zij niet in staat was om meer dan 45 meter met gebruik van een looprek af te leggen. Verzoekster verwijst hierbij naar een eerder door de commissie uitgebracht bindend advies (2008.01699) waarin is overwogen dat de betreffende persoon was aangewezen op een rolstoel, omdat hij maximaal in staat was tussen de 50-100 meter zelfstandig te lopen. Echter, anders dan in die betreffende casus, heeft verzoekster haar stelling niet nader onderbouwd met (medische) stukken. Verzoekster heeft derhalve onvoldoende aannemelijk gemaakt dat zij ook na 6 februari 2012 nog rolstoelafhankelijk was. Dat zij ter zitting heeft gesteld dat zij een "WMO-pas" heeft van de gemeente voor recreatief rolstoeltaxivervoer, die geldig is tot juli 2012, en dat zij daarnaast een CIZ-indicatie zorgzwaarte klasse VV09 heeft, die geldig is tot 13 mei 2012, maakt het voorgaande niet anders.

- 9.4. Met betrekking tot het toestemmingsvereiste – welk vereiste nog in de weg zou kunnen staan aan de vergoeding van de tot en met 6 februari 2012 gemaakte kosten – geldt dat uit de stukken blijkt dat verzoekster op 18 november 2011 toestemming voor rolstoelvervoer heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, zodat aan die in de polis opgenomen voorwaarde is voldaan, en al het vervoer dat vanaf die datum tot en met 6 februari 2012 heeft plaatsgevonden met het oog op de behandeling en controle van de kwetsuur van verzoekster voor vergoeding in aanmerking komt.

Wettelijke rente

- 9.5. Gezien het voorgaande en gelet op het feit dat verzoekster de wettelijke rente tijdig heeft aangezegd, is de commissie van oordeel dat aanleiding bestaat de wettelijke rente - over de door de ziektekostenverzekeraar verschuldigde vergoeding van het zittend ziekenvervoer over de periode van 17 november 2011 tot en met 6 februari 2012 - toe te wijzen vanaf de datum waarop het bindend advies wordt uitgebracht tot de datum van algehele voldoening.

Opzettelijke misleiding

- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving anders geïnterpreteerd dan de commissie en heeft onderbouwd hoe hij tot deze andere interpretatie is gekomen. Om die reden bestaat naar het oordeel van de commissie onvoldoende grond om te concluderen dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster opzettelijk heeft misleid.

Schadevergoeding

- 9.7. Verzoekster heeft een bedrag van € 445,- gevorderd voor de door haar geleden immateriële schade, bestaande uit verlies van tijd, spanning en frustratie. Verzoekster beroept zich erop dat spanning en frustratie door het Europese Hof worden aangemerkt als schade. Echter, uit de jurisprudentie van het Europese Hof blijkt dat spanning en frustratie als grond voor vergoeding van immateriële schade eerst worden verondersteld als sprake is van een overschrijding van de redelijke termijn bij de behandeling van een bezwaar. De Hoge Raad heeft in het arrest van 22 april 2005 (LJN AO9006) bepaald dat voor de berechting van een zaak in eerste aanleg als uitgangspunt heeft te gelden dat deze niet binnen een redelijke termijn geschiedt indien niet binnen twee jaar na aanvang een uitspraak is uitgebracht. De bestreden beslissing is op 22 november 2011 uitgebracht. In de onderhavige situatie kan daarom geen sprake zijn van een overschrijding van de redelijke termijn. Een beroep op toekenning van een vergoeding vanwege immateriële schade op grond van spanning en frustratie kan dan ook niet slagen. Ook anderszins is er geen grond voor toewijzing van de gevorderde schadevergoeding, nog daargelaten dat verzoekster haar vordering ter zake op geen enkele wijze heeft onderbouwd en deze reeds daarom niet toewijsbaar is.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, voor zover het betreft de vergoeding van de kosten van het taxivervoer over de periode van 17 november 2011 tot en met 6 februari 2012 – onder aftrek van de verschuldigde eigen bijdrage – en de wettelijke rente over deze vergoeding vanaf de datum, waarop dit

bindend advies is uitgebracht tot de datum van algehele voldoening. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.

9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe, voor zover het betreft de vergoeding van zittend ziekenvervoer over de periode van 17 november 2011 tot en met 6 februari 2012 - onder aftrek van de verschuldigde eigen bijdrage - en de wettelijke rente over het bedrag van de vergoeding vanaf de datum, waarop dit bindend advies is uitgebracht tot de datum van algehele voldoening. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter