



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Zittend ziekenvervoer, geneeskundige zorg, verpleging en verzorging,
persoonsgebonden budget (PGB), pedicure, Versatis® pleisters
Zaaknummer : 201701554
Zittingsdatum : 10 januari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.14 Bzv, 2.29a-c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OWM Stad Holland 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 Zorg Riant 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 (i) vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer, (ii) vergoeding van de kosten van pedicurebehandelingen, respectievelijk (iii) Versatis® pleisters, vanuit het aan hem toegekende persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 13 februari 2017, bij e-mailbericht van 21 juni 2017 en bij telefonisch contact van 10 januari 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 10 augustus 2017 en e-mailberichten van 23 juni 2017 en 4 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij e-mailbericht van 26 augustus 2017 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).

3.4. 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.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 november 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 december 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 december 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 8 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 7 december 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017050176) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen wat betreft de vergoeding van Versatis® pleisters en de pedicurebehandelingen vanuit het PGB vv. Op basis van de stukken kan het Zorginstituut niet beoordelen of verzoeker aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 december 2017 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 januari 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Bij brief van 12 januari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 30 januari 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Hierin heeft het Zorginstituut medegedeeld dat het voorlopig advies met betrekking tot de Versatis® pleisters en de pedicurebehandelingen vanuit het PGB vv als definitief kan worden beschouwd. Ten aanzien van het zittend ziekenvervoer heeft het Zorginstituut opgemerkt dat uit de stukken niet duidelijk blijkt dat door de ziektekostenverzekeraar is getoetst aan de formule van de hardheidsclausule. Een afschrift van dit advies is op 31 januari 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft in 2001 een allogene stamceltransplantatie ondergaan. Voorts is daaropvolgend acute sepsis ontstaan. Als gevolg hiervan heeft verzoeker de graft-versus-host ziekte en een hyperactief immuunsysteem opgelopen. Thans is hij bekend met de volgende chronische aandoeningen: bronchiolitis obliterans, Sjögren syndroom, psoriasis, postherpetisch neuralgie in de rug. Tevens is bij verzoeker sprake van een veranderde nagelstructuur van zijn teen- en handnagels, is hij bekend met diabetes type 2 en ondervindt hij problemen met het urineren.
- 4.2. Vanwege voornoemd ziektebeeld wordt verzoeker regelmatig behandeld en ondergaat hij diverse controles in het UMC in Utrecht en het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch. Voorts wordt hij jaarlijks onderzocht op leukemie in verband met een risico op recidive. Van 2001 tot 2007 werd verzoeker in verband met de bezoeken vervoerd per solo-taxi, en sinds 2007 maakt hij hiervoor gebruik van een eigen auto. Zowel het vervoer per solo-taxi als de reiskosten op basis van het eigen vervoer zijn volledig vergoed door zijn vorige zorgverzekeraar. Verzoeker verwijst in dit verband naar een declaratieoverzicht van 27 juni 2017 waaruit blijkt dat de vorige zorgverzekeraar de door hem in 2016 gemaakte reiskosten heeft vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Het verbaast verzoeker dan ook dat de ziektekostenverzekeraar de aanvragen voor het ziekenvervoer naar en van het UMC en het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft afgewezen. Verzoeker heeft bovendien tijdens een telefoongesprek op 14 december 2016 bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd of de reiskosten in 2017 voor vergoeding in aanmerking komen. De betreffende medewerker heeft dit toen bevestigd.
- 4.3. Als gevolg van de graft-versus-host ziekte heeft verzoeker een veranderde structuur van zijn teen- en handnagels. De nagels scheuren sneller in en zijn verdikt. Voorts is er een vergroot risico op wondjes aan de teennagels vanwege de diabetes type 2.

Verzoeker is vanwege de verdikking van de teennagels en de postherpetische neuralgie niet meer in staat de nagels zelf te knippen en bezoekt hiervoor regelmatig de pedicure. Omdat sprake is van medisch noodzakelijke voetenverzorging, welke zorg door de wijkverpleegkundige is geïndiceerd, is verzoeker van mening dat de kosten van de pedicurebehandelingen dienen te worden vergoed vanuit het aan hem in 2017 door de ziektekostenverzekeraar toegekende PGB vv.

- 4.4. In verband met de postherpetische zenuwpijnen in de rug gebruikt verzoeker Versatis® pleisters. Verzoeker is niet in staat deze zelf te plaatsen en te verwijderen en wordt hierbij geholpen door zijn vaste zorgverleners. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering worden de pleisters vergoed tot een maximumbedrag van € 1.000,- per jaar. De jaarlijkse kosten bedragen echter € 1.204,50 (365 keer € 3,30) zodat een bedrag van € 204,50 voor eigen rekening komt. Verzoeker vindt dat de kosten van de pleisters dienen te worden vergoed vanuit het PGB vv, nu de zorg - bestaande uit het aanbrengen en verwijderen van de pleisters - ook vanuit het PGB vv wordt betaald.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat het vreemd is dat hij wel een PGB krijgt voor een behandeling, maar niet de pleisters die daarvoor nodig zijn. Verzoeker moet regelmatig naar het ziekenhuis en krijgt jaarlijkse controles en behandelingen, die hij altijd vergoed heeft gekregen, inclusief de reiskosten. Plotseling werd dit niet meer vergoed, maar hij is hierover niet geïnformeerd. Indien hij dit had geweten, had hij weer terug gekund naar de verzekeraar waarbij hij voorheen was verzekerd. Verzoeker heeft verder toegelicht de Versatis® pleisters nodig te hebben in verband met een afstootziekte na een transplantatie, die ervoor heeft gezorgd dat de nagels van handen en voeten niet normaal zijn en hij deze niet zelf kan knippen. De pedicurebehandeling die hij krijgt gaat verder dan een normale pedicurebehandeling. Doordat het ziekenvervoer niet meer wordt vergoed, is hij nog beperkter in zijn bezoeken aan artsen dan voorheen.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De voorwaarden voor de aanspraak op zittend ziekenvervoer zijn opgenomen in artikel 2.14 Bzv en het eerste lid van dat artikel regelt dat ziekenvervoer voor vergoeding in aanmerking komt indien:
- de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
 - de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - de verzekerde zicht uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
 - het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
 - de verzekerde jonger is dan achttien jaar en is aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap.
- Verder is in het derde lid een hardheidsclausule vastgelegd. Deze clausule houdt in dat het zittend ziekenvervoer ook voor vergoeding in aanmerking komt indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- De ziektekostenverzekeraar heeft de aanspraak op zittend ziekenvervoer uitgewerkt in artikel 26, derde lid, van de zorgverzekering.
- 5.2. Verzoeker heeft twee aanvragen voor zittend ziekenvervoer ingediend, één voor vervoer naar en van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in verband met de behandeling en controle van de ogen vanwege hoornvliesontstekingen, en één voor vervoer naar en van het UMC vanwege de behandeling en controles op de polikliniek voor pijnbehandeling, hematologie, KNO en longziekten. De behandelingen die verzoeker ondergaat zijn niet opgenomen in artikel 2.14, eerste lid, Bzv. Voorts voldoet de situatie van verzoeker niet aan de in het derde lid opgenomen hardheidsclausule, zodat de kosten van het vervoer niet voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komen.

De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat het geen enkele zorgverzekeraar is toegestaan de kosten van het zittend ziekenvervoer waarop verzoeker aanspraak maakt, te vergoeden.

Uit het door verzoeker overgelegde declaratieoverzicht van 27 juni 2017 terzake van een nota voor eigen vervoer van € 196,50, blijkt dat de voormalig zorgverzekeraar van verzoeker deze kosten heeft vergoed vanuit de aanvullende verzekering die verzoeker aldaar had afgesloten, en niet vanuit de basisverzekering. De ziektekostenverzekeraar merkt op in de aanvullende verzekeringen die hij aanbiedt geen vergoeding voor vervoer te hebben opgenomen.

5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het verzoek, voor zover dit ziet op de vergoeding van (i) de pedicurebehandelingen en (ii) de Versatis® pleisters vanuit het aan verzoeker toegekende PGB vv niet-ontvankelijk dient te worden verklaard, omdat terzake hiervan geen heroverweging heeft plaatsgevonden.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de hardheidsclausule voor zittend ziekenvervoer een aanvulling vormt op de vier categorieën van verzekerden waarvoor dit vervoer is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft aan de formule van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) getoetst, en de uitkomst hiervan komt niet boven de 250. Het gaat om twee verschillende berekeningen, namelijk naar het UMC Utrecht en het Jeroen Bosch ziekenhuis. De uitkomst is 198 voor het UMC en 48 voor het Jeroen Bosch ziekenhuis. Met betrekking tot de Versatis® pleisters heeft geen heroverweging plaatsgevonden, maar wel een beoordeling. Voor verzekerden is het vaak onduidelijk wat er onder het PGB vv valt. Het moet gaan om handelingen die tot het deskundigengebied van de verpleegkundige vallen. Voetzorg valt hieronder niet. Verder heeft het Zorginstituut het gehad over voetverzorging bij een diabetische voet. Dit is een losse aanspraak onder de Zvw. Daar is ook naar gekeken, maar dit betreft een zeer beperkte vergoeding, waarop geen aanspraak bestaat.

5.5. 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, derde lid, van de zorgverzekering en artikel 13 van de 'algemene voorwaarden' 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden (i) de kosten van het zittend ziekenvervoer te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede of de ziektekostenverzekeraar is gehouden (ii) de kosten van de pedicurebehandelingen en (ii) de Versatis® pleisters te vergoeden vanuit het aan verzoeker voor 2017 toegekende PGB vv.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 42 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 17a van de zorgverzekering regelt de aanspraak op verpleging en verzorging zonder verblijf en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Verpleging en Verzorging

lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden wij de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf in een instelling en de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het gaat hier onder andere om verpleegkundige technische handelingen, instructie en persoonlijke verzorging. (...)

lid 1.2 Voorwaarden

Algemeen

*De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door de zorgaanbieder.
(...)*

lid 1.3 Uitsluitingen

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging worden niet de kosten vergoed van:

- a. verpleging en verzorging indien sprake is van verblijf zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering;*
- b. kraamzorg zoals omschreven in artikel 2.11 van het Besluit zorgverzekering;*
- c. verpleging en verzorging indien er sprake is van een aanspraak op de Wlz, de Wmo of de Jeugdwet;*
- d. hulpmiddelenzorg;*
- e. farmacie;*
- f. zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden, inclusief de activiteiten van een praktijkondersteuner;*
- g. regiefunctie complexe wondzorg.
(...)"*

- 8.4. Artikel 36 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenvervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Algemeen

Wij onderscheiden:

- a. ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1 van de Tijdelijke wet ambulancevervoer
(zie lid 2 van dit artikel);*
- b. ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi, in dit artikel 'zittend ziekenvervoer' genoemd
(zie lid 3 van dit artikel)
(...)*

lid 3 Zittend ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi)

lid 3.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- a. door de verzekerde bij ons aangevraagd zittend ziekenvervoer per eigen auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis of verder als u van ons toestemming heeft gekregen voor reizen over een grotere afstand. Aan de hand van de aanvraag wordt vastgesteld welk soort vervoer (openbaar vervoer, auto of taxi) u nodig heeft. Als u om medische redenen niet met het openbaar vervoer of eigen vervoer kan reizen, dan heeft u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel als u daarvoor vooraf van ons toestemming heeft gekregen. In spoedeisende gevallen is een toestemming of machtiging niet nodig. Voor zittend ziekenvervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,28 per kilometer. Voor de berekening van het aantal kilometers gaan we uit van de snelste route volgens de ANWB-routeplanner.*

b. het vervoer van een begeleider (niet zijnde de bestuurder van de auto), indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij het vervoer van twee begeleiders toestaan.

lid 3.2 Voorwaarden

Algemeen

Het zittend ziekenvervoer wordt vergoed als u:

- a. een nierdialyse moet ondergaan;*
- b. behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan;*
- c. zich alleen met een rolstoel kan verplaatsen en daardoor niet met aangepast vervoer uitkomt;*
- d. zo'n beperkt gezichtsvermogen heeft dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kan verplaatsen;*
- e. minderjarig bent en bent aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap (intensieve kindzorg).*

In de bovengenoemde situaties kan aanspraak worden gemaakt op zittend ziekenvervoer, zolang het om zorg gaat die onder de dekking van deze zorgverzekering valt.

Buiten de hiervoor genoemde situaties kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule indien u in verband met de behandeling van een ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet vergoeden van de kosten van dat vervoer voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. U kunt hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de huisarts of medisch specialist. Eventuele wijzigingen in die situatie dient u ons zo snel mogelijk door te geven. Voor meer informatie zie www.stadholland.nl.

Machtiging

U moet vooraf bij ons toestemming hebben gevraagd en een machtiging van ons hebben gekregen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Aanvraag

Het zittend ziekenvervoer is aangevraagd door een huisarts of medisch specialist.

Vervoerder

(...)

Eigen bijdrage

Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 100,- per jaar.

lid 3.3 Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

(...)

lid 4 Uitsluitingen

(...)

b. zittend ziekenvervoer als de te ontvangen zorg vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering."

- 8.5. De artikelen 17a en 36 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2, eerste lid, van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, 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.
In artikel 13a Zvw is de aanspraak op verpleging en verzorging in de vorm van een PGB opgenomen.
Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Het PGB vv is opgenomen in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.
Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.37 Rzv.

8.7. 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. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het verzoek voor zover dit ziet op de vergoeding van (ii) de pedicurebehandelingen en (iii) de Versatis® pleisters vanuit het PGB vv, niet-ontvankelijk dient te worden verklaard. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft met betrekking tot de betreffende geschilpunten namelijk geen heroverweging plaatsgevonden. Deze stelling treft geen doel. Uit de door verzoeker overgelegde stukken, meer specifiek het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 23 juni 2017 terzake van onderdeel (ii) van het verzoek en het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 12 september 2017 terzake van onderdeel (iii) van het verzoek, blijkt dat de ziektekostenverzekeraar door verzoeker een redelijke mogelijkheid is geboden het ingenomen standpunt te heroverwegen, zoals is bepaald in artikel 3, vierde lid, Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen van 9 juli 2015. Voornoemde onderdelen van het verzoek zijn daarom ontvankelijk en zullen hierna inhoudelijk worden beoordeeld.

Ten aanzien van de zorgverzekering

Zittend ziekenvervoer

9.2. Op grond van artikel 36 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 komen. Hierbij dient sprake te zijn van een situatie waarin verzekerde (i) nierdialyses of (ii) oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie dient te ondergaan, (iii) verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, (iv) verzekerde een beperkt gezichtsvermogen heeft waardoor hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of (v) verzekerde minderjarig is en is aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap. In andere gevallen is een beroep op de hardheidsclausule mogelijk, op basis waarvan aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat indien verzekerde een langdurige ziekte of aandoening heeft en voor de behandeling hiervan langdurig is aangewezen op vervoer en het niet toestaan van vervoer of vergoeding van de kosten zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. Verzoeker behoort niet tot de categorieën genoemd onder (i) tot en met (v) waarvoor zittend ziekenvervoer is aangewezen. De vraag die derhalve dient te worden beantwoord is of verzoeker voldoet aan de hardheidsclausule. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

9.3. Door de zorgverzekeraars wordt bij het vaststellen of sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard gebruik gemaakt van een formule, opgesteld door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze formule 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. Bedoelde 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
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.

- 9.4. Ten aanzien van het vervoer naar en van het UMC is de berekening op basis van de hardheidsclausule, gelet op het door verzoeker ingevulde aanvraagformulier, als volgt:

$$12 \times (65,5 \times 0,25) = 196,5$$

Ten aanzien van het vervoer naar en van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is de berekening op basis van de hardheidsclausule, gelet op het door verzoeker ingevulde aanvraagformulier, als volgt:

$$12 \times (15,5 \times 0,25) = 46,5$$

$$\text{Som van beide formules tezamen} = 196,5 + 46,5 = 243$$

Gelet op het voorgaande voldoet verzoeker niet aan de hardheidsclausule, aangezien de uitkomst bij toepassing van de formule minder is dan 250. Voorts is gesteld noch gebleken van een onbillijkheid van overwegende aard indien de kosten van het zittend ziekenvervoer voor rekening van verzoeker blijven. De vergoeding van de vervoerskosten in 2016 door de vorige zorgverzekeraar van verzoeker leidt niet vanzelfsprekend tot een aanspraak in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar, zeker niet nu die vergoeding niet was gebaseerd op de zorgverzekering, maar op de aanvullende verzekering die verzoeker toen had afgesloten.

Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het zittend ziekenvervoer, ten laste van de zorgverzekering.

Pedicurebehandelingen

- 9.5. De commissie merkt allereerst op dat in het kader van ketenzorg aanspraak kan bestaan op behandelingen door een pedicure. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden voor ketenzorg. Op grond van artikel 17a, lid 1.3, onder f, van de zorgverzekering geldt ter zake van Verpleging en Verzorging een uitsluiting voor zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden, inclusief de activiteiten van een praktijkondersteuner. Hiertoe behoort ook bedoelde ketenzorg. De pedicurebehandelingen vallen daarmee onder de uitsluiting en kunnen daarom niet ten laste van het PGB vv worden vergoed. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd - onder andere met betrekking tot het risico op wondjes en de veranderde nagelstructuur - kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Versatis® pleisters

- 9.6. Voorts heeft verzoeker aanspraak gemaakt op vergoeding van Versatis® pleisters vanuit het PGB vv. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de totale kosten van de pleisters per jaar (€ 1.204,50) de vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering (€ 1.000,--) overstijgen, zodat een bedrag van € 204,50 voor zijn rekening blijft. De commissie overweegt als volgt. Artikel 17a, lid 1.3, onderdeel e, van de zorgverzekering bepaalt dat vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging niet de kosten van farmacie worden vergoed, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de Versatis® pleisters vanuit het aan hem toegekende PGB vv. Dat de vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering niet toereikend is, doet geen aanspraken in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering ontstaan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer, zodat dit deel van het verzoek niet op grond van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 maart 2018,

P.J.J. Vonk