



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektelkostenverzekeraar N.V. te Houten
Zaak : EU/EER, België, onderzoeken en behandelingen, hoogte vergoeding,
standaarddeviatie
Zaaknummer : 201701064
Zittingsdatum : 31 oktober 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.2, tweede lid, Rzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Het ziekenhuis in Antwerpen, België, heeft namens verzoeker bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van bij verzoeker uitgevoerde onderzoeken en behandelingen, tot een bedrag van totaal € 27.955,19 (verder: de aanspraak). Bij brief van 14 februari 2017 heeft de zorgverzekeraar aan het ziekenhuis medegedeeld dat de kosten slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 17.799,78 worden vergoed, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 april 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten de vergoeding te verhogen naar € 20.392,99.
- 3.4. Bij brief van 14 december 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 20.392,99 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 mei 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 juni 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 6 juli 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 12 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018024600) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben, omdat het geschil ziet op de hoogte van de verleende vergoeding. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 12 juni 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Op 31 oktober 2018 heeft de commissie tot driemaal toe getracht verzoeker telefonisch te bereiken op het door hem opgegeven telefoonnummer. Omdat de commissie geen gehoor kreeg, is besloten alleen de ziektekostenverzekeraar telefonisch te horen. De ziektekostenverzekeraar is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 2 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en een nagekomen stuk 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 5 november 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en het nagekomen stuk 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. Verzoeker is vanaf 2013 onder behandeling in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (hierna: UZA), België, omdat hij in Nederland is uitbehandeld. Dit ziekenhuis is hem aangeraden door zijn Nederlandse arts. De eerder door het UZA in rekening gebrachte bedragen zijn steeds rechtstreeks door de zorgverzekeraar aan dit ziekenhuis vergoed.
- 4.2. In 2013 ontving verzoeker in eerste instantie bericht dat niet alle kosten werden vergoed, maar dit is later door de zorgverzekeraar gecorrigeerd. Het UZA betreft een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis. Verzoeker begrijpt om die reden niet waarom de kosten van de aldaar ondergane onderzoeken en behandelingen thans niet meer volledig aan hem dan wel het ziekenhuis worden vergoed. Hij heeft van de zorgverzekeraar voorafgaand niet vernomen dat een wijziging was aangebracht in de hoogte van de vergoeding.
- 4.3. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar kosten gedeclareerd van zittend ziekenvervoer van en naar het UZA Antwerpen en het Jsselland Ziekenhuis. De zorgverzekeraar heeft hem medegedeeld dat hiervoor reeds een vergoeding is verleend, maar deze vergoeding heeft hij nooit ontvangen.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De hoogte van de vergoeding is vastgesteld aan de hand van DBC-zorgproductcode 099699023. In het verleden werd voor het bepalen van het bijbehorende bedrag uitgegaan van het gemiddelde van de passantentarieven van vijftien geselecteerde ziekenhuizen. In het onderhavige geval werd aldus uitgekomen op een bijbehorende vergoeding van € 17.799,78. Inmiddels wordt voor de berekening echter uitgegaan van de range van eenmaal de standaarddeviatie. Als uitgangspunt hiervoor hanteert de zorgverzekeraar de door hem geverifieerde passantentarieven. De selectie van ziekenhuizen is gebaseerd op regionale spreiding, aangevuld met twee academische centra en een algemeen ziekenhuis met als uitgangspunt de hoogste schadelast bij de zorgverzekeraar, hetgeen een adequaat beeld geeft van de gehele Nederlandse markt. Indien deze methode wordt toegepast

wordt uitgekomen op een vergoeding van € 20.392,99. Deze vergoeding is aan het UZA verleend. Het restant wordt door het ziekenhuis bij verzoeker in rekening gebracht.

- 5.2. In de regel merkt een verzekerde niet dat een maximale vergoeding wordt verleend voor bepaalde zorg, omdat de kosten geheel zijn gedekt. Wanneer dit niet het geval is, biedt een aanvullende verzekering doorgaans dekking voor de meerkosten. Verzoeker heeft ervoor gekozen alleen een basisverzekering af te sluiten. Voor de toekomst kan hij kiezen voor een aanvullende verzekering, zodat hij niet langer met eventuele meerkosten wordt geconfronteerd.
 - 5.3. Bij brief van 8 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld bereid te zijn het debiteurenrisico op zich te nemen en het bedrag van € 27.955,15 aan het UZ Antwerpen te voldoen. Dit betekent wel dat het verschil van € 7.562,20 van verzoeker zal worden teruggevorderd. Aan hem is immers uitgelegd dat de maximale vergoeding € 20.392,99 is.
 - 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar opgemerkt dat hij bij de berekening uitgaat van de gehanteerde passantentarieven bij vijftien ziekenhuizen. Daarna wordt een gemiddelde genomen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen geoordeeld dat deze werkwijze niet juist is en dat moet worden uitgegaan van het hoogste passantentariaf. De zorgverzekeraar is het met deze uitspraken niet eens en wijst in dat kader op een uitspraak van de rechtbank Midden Nederland van 28 februari 2018 (ECLI:NL:RBMNE:2018:1049). In deze uitspraak wordt geoordeeld dat kan worden uitgegaan van het laagste passantentariaf. De zorgverzekeraar kan met deze uitspraak leven. Indien namelijk wordt uitgegaan van de lijn van de commissie is dit in de eerste plaats niet werkbaar en ten tweede is het onduidelijk wanneer een tarief dan als excessief is aan te merken. De Eisenhouwerkliniek rekent bijvoorbeeld voor elke ingreep € 100.000,-. Duidelijk is dat in de meeste situaties dit tarief excessief is, maar als de lijn van de commissie wordt gevolgd is dit niet het geval. Daarbij komt dat de ziektekostenverzekeraar al uitgaat van passantentarieven. Deze tarieven worden nooit in rekening gebracht. De werkelijke nota is meestal lager. In de passantentarieven zijn ook andere kosten begrepen zoals aanneemsommen en omzetplafonds. Om zeker te weten dat niet te weinig wordt betaald is uitgegaan van deze tarieven. De verzekerde kan ook zelf een tarief met een ziekenhuis kan aandragen. Dit tarief wordt dan in de berekening meegenomen.
 - 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. Gelet op artikel 10 van de 'Deel A Algemene bepalingen' 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 zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 20.392,99 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 6 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn.

U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen. (...)"

- 8.4. Artikel 25 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"(...) lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de in dit deel B genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. Daarbij gelden ook de voorwaarden, die hiervoor bij de desbetreffende aanspraak vermeld staan. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Bovendien is zorg in het buitenland soms duurder dan vergelijkbare zorg in Nederland. Daardoor kan het voorkomen dat kosten van zorg in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening blijven. Wij raden u daarom aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met het ONVZ Service Center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan.

Meer informatie over zorg in het buitenland staat in de toelichting Grens aan zorg in het buitenland 2017. U kunt deze toelichting aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:
1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland. (...)"

- 8.5. Artikel 1, tweede lid, van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

- 1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of*
- 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgverleners in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is. (...)"*

- 8.6. De artikelen 1, tweede lid, 6 en 25 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2, eerste lid, van 'Deel A Algemene bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.2, tweede lid, sub b, Bzv bepaalt dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- 8.8. 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 zorgverzekeraar 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.
- 8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
- 2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

Hoogte vergoeding onderzoeken en behandelingen België

9.1. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandeling de zorgverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de in België aan verzoeker verleende zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat hij hiervoor een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de verleende vergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.3. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de zorgverzekeraar uitgegaan van DBC-zorgproductcode 099699023 met als omschrijving: *"Diabetische voet | Amputatie/oper bot zwaar | Met VPLD | Hart/Vaat arterie/arteriole/capillair (...) Uitgebreide operatie bot en/of amputatie tijdens een ziekenhuisopname bij een afwijking aan de voet als gevolg van diabetes (suikerziekte) (...)".* Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven vrij onderhandelbaar zijn door de zorgverzekeraars.

Het dossier bevat zeer summiere informatie over de bij verzoeker uitgevoerde behandelingen. Aangezien de juistheid van de gehanteerde code door verzoeker niet wordt betwist, kan de vraag of in het onderhavige geval een andere code wellicht passender is onbeantwoord blijven. Beoordeeld dient te worden welke vergoeding bij de gehanteerde code hoort. In artikel 1, tweede lid, van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering wordt verwezen naar het marktconforme bedrag. Ten aanzien van het begrip 'marktconform' heeft de Nederlandse Zorgautoriteit in de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-010) bepaald dat dit begrip alleen mag worden gebruikt wanneer hiermee wordt bedoeld "de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten, als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering". Vast staat dat het UZA niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Mogelijk zijn wel betaalafspraken gemaakt.

De zorgverzekeraar heeft een rekenmethode ontwikkeld om het (Nederlandse) marktconforme tarief te bepalen, te weten eenmaal de standaarddeviatie. Ten aanzien van de houdbaarheid van deze berekeningsmethodiek overweegt de commissie als volgt.

9.4. De door de zorgverzekeraar toegepaste rekenmethode voor de berekening van het marktconforme tarief is niet af te leiden uit de voorwaarden van de zorgverzekering, zodat dit voor verzoeker niet kenbaar was. Het is correct dat de passantentarieven van ziekenhuizen het uitgangspunt dienen te vormen, aangezien de passantentarieven veelal de hoogste tarieven zijn die door de ziekenhuizen rechtsgeldig in rekening mogen worden gebracht. Toepassing van de standaarddeviatie is vervolgens niet aan de orde, omdat het tarief bij de door de zorgverzekeraar toegepaste berekening wordt verlaagd tot een gemiddelde. Uit de toelichting bij artikel 28 van de onder 9.3 genoemde regeling (TH/NR-010) blijkt dat: *"de term marktconform tarief dus niet meer als synoniem gebruikt (mag) worden voor het 'gemiddeld gecontracteerd tarief' of andere varianten hiervan (...)".* Dit is nu juist wat de zorgverzekeraar doet door het begrip 'marktconform bedrag' in te vullen aan de hand van de standaarddeviatie. Voorts valt niet in te zien waarom hierbij specifiek van de door de zorgverzekeraar gekozen ziekenhuizen zou moeten worden uitgegaan. De commissie merkt hierbij op dat ook voor het hoogste passantentarief nog geldt dat dit is gebaseerd op de Wmg en door de

zorgaanbieder rechtmatig in rekening mag worden gebracht. In die zin kan ook dit hoogste tarief nog als marktconform worden beschouwd.

Door de zorgverzekeraar is in dit verband nog gewezen op een uitspraak van de Rechtbank Midden Nederland. Dit argument kan evenwel niet leiden tot een ander oordeel. Het ging in de betreffende kwestie om een naturapolis, waarbij door de rechter werd gekeken naar het marktconforme tarief dat in dat kader van toepassing was. Voorts speelde deze kwestie - anders dan in het onderhavige geval - vóór de inwerkingtreding van de regeling (TH/NR-010) van de NZa.

9.5. Uit het voorgaande volgt dat bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding dient te worden uitgegaan van het hoogste Nederlandse passantentarief, behorend bij DBC-zorgproduct 099699023, waarbij de vergoeding overigens nooit meer kan bedragen dan de werkelijke kosten.

9.6. *Zittend ziekenvervoer*

9.7. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar kosten in rekening gebracht in verband met zittend ziekenvervoer. Volgens hem is door de zorgverzekeraar gezegd dat deze kosten zijn vergoed, maar hij heeft deze vergoeding nooit ontvangen. Niet gebleken is dat de zorgverzekeraar reeds op deze aanvraag heeft beslist en dat hierover een heroverweging heeft plaatsgevonden. Het dossier bevat hiervan geen stukken. De commissie is daarom niet bevoegd ten aanzien van dit deel van de vordering.

Conclusie

9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.

9.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.

10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 14 november 2018,

G.R.J. de Groot