



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, vergoeding contactlenzen,
betalingsachterstand, retourneren originele nota's
Zaaknummer : 201401399
Zittingsdatum : 3 juni 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012-2015, artt. 10, 11 en 16 Zvw, 2.1, 2.9 en 2.14 Bzv, 2.6 sub f en 2.13 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. In 2012 was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA Cura Natura Polis (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 IZA Cura Drechtsteden Mix afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Met ingang van 1 januari 2013 is de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker beëindigd, en is hij enkel op basis van de zorgverzekering verzekerd.

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 zittend ziekenvervoer en de kosten van contactlenzen (hierna gezamenlijk: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 en 29 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 10 september 2014 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 2 december 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, (ii) de ziektekostenverzekeraar de originele nota's dient te retourneren, en (iii) de hoogte van de betalingsachterstand door de ziektekostenverzekeraar onjuist is vastgesteld (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 16 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 april 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 mei 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 1 april 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 mei 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015040163) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen voor zover het de contactlenzen betreft, en af te wijzen op het punt van het zittend ziekenvervoer. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juni 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld binnen twee weken te reageren op de door verzoeker ter zitting ingebrachte stukken. Bij brief van 16 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie zijn reactie gestuurd. Hierbij heeft hij een betalingsoverzicht gevoegd waarop - naar de stand van 15 juni 2015 - een achterstand is genoemd van € 610,08. Een afschrift van deze brief is aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 5 juli 2015 gereageerd. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.12. Bij brief van 9 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 22 juli 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken 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 aan één oog blind, en draagt in het andere oog een contactlens met een sterkte van -15. Hij heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten hiervan. De ziektekostenverzekeraar heeft echter niet alle kosten vergoed. Verzoeker is van mening dat hij in aanmerking komt voor volledige vergoeding.
- 4.2. De zoon van verzoeker heeft diabetes. In de afgelopen jaren is verzoeker regelmatig met hem met een taxi naar het ziekenhuis gereisd. De reden hiervoor is dat het openbaar vervoer van het huisadres van verzoeker naar het ziekenhuis zeer slecht is geregeld. Bovendien was zijn zoon zeer ziek, zodat het voor hem niet mogelijk was met het openbaar vervoer te reizen. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de taxikosten, waarop afwijzend is beslist.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar weigert de door verzoeker ingediende originele nota's te retourneren. Verzoeker is van mening dat sprake is van diefstal en dat hij recht heeft op teruggave van zijn nota's. Hij heeft bovendien over dit onderwerp veel brieven moeten schrijven aan de ziektekostenverzekeraar, hetgeen niet gratis is. Verzoeker vordert van de ziektekostenverzekeraar vergoeding van deze kosten. De totale kosten, bestaande uit de kosten van contactlenzen, taxivervoer en de door hem verzonden brieven, begroot verzoeker op € 1.392,--.
- 4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar is sprake van een betalingsachterstand. Verzoeker heeft echter iedere maand zijn premie netjes betaald.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat zijn zoon zware griep en koorts had. Daarnaast heeft hij diabetes. Hij kon niet zelf van de voordeur naar de taxi lopen, maar moest worden gedragen. De buurtbus komt maar twee keer per dag. De andere bus stopt op een kilometer afstand. Zijn zoon moest voorheen vier keer per jaar worden gecontroleerd door een diabetesarts. Vanaf 2015 is dit nog drie keer per jaar. De reis kost circa € 25,-- per keer. Toen de problemen begonnen was het slecht weer, met sneeuw. Zijn zoon woog 30 kg en raakte er zes kwijt. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij de originele bonnetjes nodig heeft om bij de GSD te kunnen declareren. In mei heeft hij een nieuwe lens aangeschaft. Ook heeft hij kosten gemaakt voor lensvloeistof. Ter zitting heeft verzoeker een aanvullend stuk overgelegd in verband met een vermeerdering van eis. Deze bestaat uit de kosten van het vervoer in verband met de hoorzitting. Tot slot heeft verzoeker verklaard dat hij alle premie voor zijn verzekering heeft voldaan.
- 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. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van contactlenzen tot een bedrag van € 135,-- per drie kalenderjaren. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar viermaal een declaratie met betrekking tot de kosten van contactlenzen ingediend. De eerste nota, die dateert van 2011, is aan de zorgaanbieder vergoed. Vervolgens zijn twee nota's ontvangen met als factuurdatum 1 maart 2012. Hiervoor is aan verzoeker éénmaal een bedrag vergoed van € 95,--. Tot slot ontving de ziektekostenverzekeraar in het jaar 2013 nog een nota. Deze is afgewezen, omdat verzoeker in dat jaar geen aanvullende verzekering meer had.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft van verzoeker enkele nota's ontvangen met betrekking tot zittend ziekenvervoer naar het ziekenhuis v.v.. De visus van verzoeker is niet dermate slecht dat hij zonder meer aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer. Bovendien zijn de afstand en frequentie van het vervoer niet zodanig dat is voldaan aan de formule van de hardheidsclausule. Vergoeding van de kosten is daarom afgewezen.
- 5.3. In artikel 1.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat originele nota's niet worden getourneerd, en dat wordt geadviseerd hiervan kopieën te maken. De originelen worden gebruikt voor de administratie van de ziektekostenverzekeraar. Aan verzoeker zijn gewaarmerkte kopieën verstrekt van de door hem gedeclareerde nota's.
- 5.4. Verzoeker heeft - naar de stand van 16 maart 2015 - een betalingsachterstand van € 605,58. Deze bestaat uit de premie voor de maanden oktober 2013 (€ 98,23), november 2013 (€ 102,55), december 2013 (€ 102,55), december 2014 (€ 91,15), januari 2015 (€ 102,55) en februari 2015 (€ 102,55). Verder staat nog een bedrag open van € 6,-- met betrekking tot de kosten voor het gebruik van een acceptgirokaart (4 x € 1,50).

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de zoon van verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden van de hardheidsclausule. Voor de contactlenzen zijn twee nota's vergoed uit 2011 en 2012. De maximale vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is € 135,--, maar er is tweemaal € 95,-- betaald. Het verschil wordt niet bij verzoeker teruggevorderd. Verder is er een nota uit 2013 die volgens het Zorginstituut moet worden vergoed. Er geldt een eigen bijdrage van € 53,50. Het verschil komt niet tot uitkering, aangezien de vergoeding nog wordt verrekend met het eigen risico. Dit was namelijk nog niet verbruikt voor 2013. Over de betalingsachterstand merkt de ziektekostenverzekeraar op dat diverse betalingen zijn gestorneerd.

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 2.9 (2012-2015) van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. In de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) is niet geregeld dat verzoeker een geschil voor bindend advies kan voorleggen aan de commissie. Aangezien echter in de heroverweging van 8 april 2014 expliciet naar de commissie wordt verwezen, kan de commissie ook ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering bindend advies uitbrengen. Verder is in de voorwaarden niet verwezen naar de bevoegde rechter, hoewel dit zou moeten. Met de betaling van het entreegeld heeft verzoeker zich alsnog akkoord verklaard met bindende advisering.

7. Het geschil

7.1. In geschil is (i) of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, (ii) of de ziektekostenverzekeraar de originele nota's aan verzoeker dient te retourneren en (iii) of de hoogte van de betalingsachterstand door de ziektekostenverzekeraar juist is vastgesteld.

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 onderdeel II van de zorgverzekering (2012-2015).

8.3. Artikel 31 van de zorgverzekering (2012) regelt de aanspraak op hulpmiddelenzorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen IZA Cura hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen IZA Cura opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in. (...)

In het Reglement hulpmiddelen IZA Cura vindt u de volgende informatie:

- *of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;*
- *de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;*
- *of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;*
- *of u voorafgaande toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);*
- *gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;*
- *maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;*
- *bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen. (...)"*

De toepasselijke bepalingen in de voorwaarden van 2013-2015 kennen een gelijke strekking.

- 8.4. In het Reglement Hulpmiddelen (2012) van de ziektekostenverzekeraar is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"lenzen; contactlenzen, corneale lenzen en bandagelenzen met een visuscorrigerende werking (...)

U moet zelf bij ons toestemming vragen voor de eerste aanschaf.

Als uw hulpmiddel vervangen moet worden, kunt u bij de zorgaanbieder terecht.

U moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.

Eigen bijdrage

U bent een eigen bijdrage verschuldigd van:

- *€ 52,50 per lens als u de lenzen langer dan 1 jaar gebruikt;*
- *€ 105 per kalenderjaar als u de lenzen korter dan een jaar gebruikt;*
- *€ 52,50 per kalenderjaar als er maar één oog moet worden gecorrigeerd.*

Bijzonderheden

U hebt alleen recht op lenzen als u voldoet aan de criteria van de Regeling zorgverzekering. U hebt alleen recht op lenzen als er een aantoonbare meerwaarde is ten opzichte van een bril. (...)"

De toepasselijke bepalingen in het Reglement Hulpmiddelen van 2013-2015 kennen een gelijke strekking.

- 8.5. Artikel 33 van de zorgverzekering (2012) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorg aanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. u moet nierdialyses ondergaan;*
- b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;*
- c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;*
- d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;*
- e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar. (...)"*

8.6. Artikel 1.5 van de zorgverzekering (2012) luidt, voor zover hier van belang:

"Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen; geen kopie of aanmaning. (...) U ontvangt uw originele nota's niet terug. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw eigen administratie. (...)"

8.7. Artikel 3 van de zorgverzekering (2012) luidt, voor zover hier van belang:

"3.4 Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.4.2. U betaalt de premie op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen. Voor betaling per acceptgiro brengen wij per acceptgiro €0,50 kosten in rekening. (...)

3.6. Niet-tijdig betalen

3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling de IZA Cura Natura Polis te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. Wij kunnen € 15 administratiekosten en daarnaast de (buiten-)gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen. (...)"

Artikel 3 van de zorgverzekering (2013-2015) kent een gelijke strekking, met uitzondering van de kosten voor het gebruik van een acceptgirokaart. Deze waren in 2013 gelijk aan 2012 en bedroegen in 2014 en 2015 € 1,50 per acceptgirokaart.

8.8. De artikelen 3 (2012-2015), 31 (2012), 33 (2012) en 1.5 (2012) van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen (2012) zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering (2012-2015) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.9. 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.

Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie is geregeld in artikel 2.6 sub f Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.13 Rzv.

Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv.

In artikel 16 Zvw is bepaald dat een verzekerde verplicht is de premie voor de zorgverzekering te voldoen.

8.10. 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.

- 8.11. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is onder het kopje 'hulpmiddelen' de aanspraak op brillen en lenzen geregeld. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Overige bepalingen:

in plaats van de voornoemde brillen- en lenzenregeling bij de opticiens Eye Wish Groeneveld of Specsavers hebt u nog altijd de mogelijkheid om van de onderstaande regeling in de voorwaarden van het aanvullende pakket IZA Cura Drechtsteden gebruik te blijven maken, te weten:

(...)

• maximaal € 135 per 3 kalenderjaren voor lenzen. Indien binnen de gestelde vergoedingsperiode de sterkte van de brillenglazen of lenzen met 1,0 dioptrie wijzigt door een operatie, kan bovenvermelde vergoeding tussentijds worden toegekend."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor contactlenzen, indien sprake is van een stoornis die het gevolg is van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 1 mei 2015 voldoet verzoeker aan dit criterium, zodat hij aanspraak heeft op de in 2011, 2012 en 2013 aangeschafte contactlenzen, ten laste van de zorgverzekering.

- 9.2. Met betrekking tot de door verzoeker gevorderde kosten van zittend ziekenvervoer overweegt de commissie als volgt. In de eerste plaats stelt de commissie vast dat, anders dan de ziektekostenverzekeraar kennelijk meent, het vervoer geen betrekking heeft op verzoeker en door hem te ondergane behandelingen, maar op zijn zoon, die lijdt aan diabetes en in verband hiermee regelmatig het ziekenhuis bezoekt. Tussen partijen is niet in geschil dat de zoon van verzoeker niet behoort tot één van de in artikel 33 lid 2 onder a tot en met d van de zorgverzekering (2012) bedoelde categorieën van verzekerden die aanspraak maken op zittend ziekenvervoer. Beoordeeld dient te worden in dit geval sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard indien de kosten van het zittend ziekenvervoer voor rekening van verzoeker blijven.

- 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). De commissie begrijpt dat deze 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 (op basis van enkele afstand)

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 waarde van 250 of hoger, heeft de verzekerde aanspraak op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule.

- 9.4. In het dossier bevinden zich enkel de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde kopieën van de door verzoeker gedeclareerde nota's van de taxivervoerder. Verzoeker heeft geen eigen nota's overgelegd. Het gaat om twee nota's betreffende een rit met een afstand van 6,3 kilometer enkele

reis, en vier nota's betreffende een rit met een afstand van 6,5 kilometer enkele reis. Op basis van deze gegevens wordt bij invulling van de hardheidsclausule geen waarde gehaald gelijk of hoger dan 250. Ook anderszins is niet gebleken van een onbillijkheid van overwegende aard indien de kosten van het vervoer voor rekening van verzoeker blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van contactlenzen tot een bedrag van maximaal € 135,- per drie kalenderjaren. Vast staat dat in het jaar 2011 een nota van € 95,- is vergoed, en in 2012 nogmaals € 95,-. Een tweede nota uit 2012 werd afgewezen. Gelet op het feit dat de kosten van de contactlenzen ten laste van de zorgverzekering dienen te worden vergoed, heeft de vergoeding ten onrechte ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar is gehouden een en ander te corrigeren.
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de kosten van zittend ziekenvervoer, zodat dit deel van het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Retourneren originele nota's

- 9.7. In artikel 1.5 van de zorgverzekering (2012) is bepaald dat dient te worden gedeclareerd met de originele nota's, en dat deze niet worden geretourneerd aan de verzekerde. Verzoeker heeft zich - door het afsluiten van de zorgverzekering - gebonden aan deze voorwaarde, waarbij het belang van de ziektekostenverzekeraar erin is gelegen dat afgewikkelde nota's, waarvoor (gedeeltelijk) vergoeding is verleend, niet nogmaals worden ingediend, en de ziektekostenverzekeraar zich niet geconfronteerd ziet met extra kosten van verwerking en porti met betrekking tot bedoelde nota's. Aan de hand van de toepasselijke voorwaarden kon verzoeker nagaan welke zorg onder de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is gedekt. Desalniettemin heeft hij ervoor gekozen nota's te declareren van zorg waarvoor geen dekking bestond. Niet valt in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar kosten zou moeten maken om verzoeker wederom in het bezit te stellen van deze nota's.

Betalingsachterstand


- 9.8. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat - naar de stand van 15 juni 2015 - een betalingsachterstand bestaat van € 610,08. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt, bijvoorbeeld door overlegging van betalingsbewijzen, dat hij (een deel van) dit bedrag heeft voldaan, hoewel dit op zijn weg had gelegen. De door verzoeker overgelegde betalingsbewijzen tonen niet aan dat andere bedragen zijn betaald dat die op het overzicht van de ziektekostenverzekeraar zijn vermeld. De commissie is daarom van oordeel dat de hoogte van het door de ziektekostenverzekeraar genoemde bedrag als vaststaand kan worden beschouwd en dat verzoeker gehouden is dit bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

Vermeerdering van eis


- 9.9. Verzoeker heeft ter zitting vergoeding van de reiskosten gevorderd die hij heeft gemaakt in verband met de hoorzitting. Dienaangaande geldt dat artikel 14 lid 1 van het reglement van de commissie bepaalt dat kosten gemaakt in verband met de procedure voor rekening blijven van de partij die deze kosten heeft gemaakt.


Conclusie


- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.1 en 9.5. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.

 9.11. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.1 en 9.5. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

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

 Zeist, 19 augustus 2015,

 A.I.M. van Mierlo