

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Mondzorg, ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, toezending  
polisvoorwaarden  
Zaaknummer : 2011.02920  
Zittingsdatum : 16 mei 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010 en 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.7 en 2.14 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010 en 2011)

---

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg en zittend ziekenvervoer (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van de tandheelkundige zorg slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 28,41, worden vergoed. Bij brief van 19 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de gevraagde vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 16 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 23 januari 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 1 februari 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 maart 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 6 respectievelijk 23 april 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 26 maart 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 27 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012041608) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een frameprothese geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, en voor het zittend ziekenvervoer door verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 1 mei 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 4 mei 2012 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De tandheelkundige kosten die verzoeker heeft gemaakt, komen volgens zijn tandarts voor vergoeding in aanmerking. Van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker, nadat hij hierom meermalen had verzocht, een afschrift gekregen van de polisvoorwaarden zoals deze gelden met ingang van 1 januari 2011. Nu deze voorwaarden eerst achteraf zijn toegestuurd, kunnen zij verzoeker niet worden tegengeworpen, zodat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten te vergoeden.
- 4.2. Vergoeding van de door verzoeker gemaakte reiskosten is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen op de grond dat verzoeker zich niet uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen. Verzoeker merkt hierover op dat hij zich binnenshuis met krukken verplaatst, en buitenshuis gebruik maakt van de auto. Hij heeft van de gemeente een invalidenparkeerkaart gekregen. Volgens verzoeker bestaan er geen mensen die zich uitsluitend met een rolstoel kunnen verplaatsen, omdat ook mensen die rolstoelafhankelijk zijn wel eens met een auto of ander vervoermiddel reizen.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering zijn te raadplegen op de website van de ziektekostenverzekeraar. Op aanvraag van verzoeker zijn deze hem inmiddels in papieren vorm gestuurd.

- 5.2. De kosten voor een nieuwe frameprothese zijn afgewezen, omdat hiervoor vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering geen vergoeding mogelijk is.
- 5.3. Verzoeker komt niet in aanmerking voor vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer. Niet gebleken is dat hij zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering (2010 en 2011) 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 gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering (2010 en 2011).
- 8.3. Artikel B36 van de zorgverzekering (2010 en 2011) 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. Bij gebruik van een particuliere auto heeft u recht op een vergoeding van € 0,25 per kilometer. U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel als vervoer per openbaar vervoer of per auto niet mogelijk is. Als begeleiding noodzakelijk is, of als het gaat om de begeleiding van een kind jonger dan 16 jaar, worden de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van de begeleider ook vergoed. In bijzondere gevallen kan [de ziektekostenverzekeraar] vergoeding van de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van twee begeleiders toestaan.*

*U heeft recht op vervoer als:*

- *het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over vervoer per ambulance (zie artikel B35), en*
- *u nierdialyses moet ondergaan, of*
- *u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan, of*
- *u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of*

- *u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding 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 [de ziektekostenverzekeraar] nodig.*

**Let op**

- *Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.*
- *Als [de ziektekostenverzekeraar] u daarvoor toestemming geeft geldt de beperking van 200 kilometer niet.*
- *Als u gebruik maakt van eigen vervoer, wordt de vergoeding berekend op de kortst mogelijke gebruikelijke route.*
- *Het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling wordt niet vergoed. (...)*

8.4. 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).

8.5. 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.

8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.7. Artikel T10 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) luidt, voor zover hier van belang:

- *U krijgt eenmaal tandsteen verwijderen (M50, M55, M59) per kalenderjaar vergoed. Zie T3.*
- *U krijgt niet meer dan vier vullingen en vier röntgenfoto's in de mond (X10) per kalenderjaar vergoed. Zie T3.*
- *U krijgt de toeslagcodes voor wortelkanaalbehandeling (E51 t/m E57) alleen vergoed als de tandarts vooraf een uitgebreid onderzoek (E02) heeft uitgevoerd.*
- *Bent u 18 jaar of ouder? Techniek- en materiaalkosten worden niet vergoed. Zie T6. (...)*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorgverzekering geen dekking kent voor de aan verzoeker verleende tandheelkundige zorg, zodat met betrekking hiertoe enkel een beoordeling onder de aanvullende ziektekostenverzekering zal plaatsvinden.

9.2. Ten aanzien van de kosten van zittend ziekenvervoer geldt dat hiervoor dekking bestaat indien is voldaan aan één van de in artikel B36 van de zorgverzekering genoemde categorieën. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat hij tot de categorie behoort als bedoeld in artikel B36, vierde gedachtestreepje, van de zorgverzekering, aangezien hij slecht ter been is en van de gemeente een invalidenparkeerkaart heeft

ontvangen. Vast staat dat verzoeker in staat is – zij het over een korte afstand – met krukken te lopen, en dat hij in staat is een auto te besturen. Derhalve kan niet met recht worden gesteld dat hij zich uitsluitend kan verplaatsen met een rolstoel. Voorts is bij hem geen sprake van één van de onder het tweede, derde en vijfde gedachtestreepje van artikel B36 van de zorgverzekering genoemde situaties.

- 9.3. Rest de vraag of bij verzoeker – gelet op artikel B36, zesde gedachtestreepje, van de zorgverzekering – kan worden gesproken van een langdurige ziekte of aandoening, waardoor hij langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet vergoeden van dat vervoer voor hem zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- 9.4. Door de zorgverzekeraars wordt bij het vaststellen of sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard wel 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 een 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 gelijke of hogere waarde, heeft de verzekerde aanspraak op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule.

- 9.5. Toepassing van de formule leidt in de situatie van verzoeker niet tot een uitkomst die gelijk is aan of hoger dan 250. Hierbij merkt de commissie nog op dat het vervoer naar de tandarts niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat de kosten van de tandheelkundige zorg niet vanuit de zorgverzekering worden vergoed. Ook anderszins is bij verzoeker niet gebleken van een onbillijkheid van overwegende aard indien de kosten van het vervoer voor zijn rekening blijven.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg, voor zover de gehanteerde UPT-codes voorkomen op de bij de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering gevoegde lijst. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt hierbij dat techniek- en materiaalkosten zijn uitgesloten van vergoeding.
- 9.7. Uit de nota van de tandarts blijkt dat is gedeclareerd met UPT-codes P35 (frameprothese en techniek- en materiaalkosten) en P16 (individuele afdruk met randopbouw). Gelet op de bij de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering gevoegde lijst komt de code P35 niet voor vergoeding in aanmerking. Voor code P16 geldt een vergoeding van 50 percent. Deze vergoeding is aan verzoeker verleend.
- 9.8. In de aanvullende ziektekostenverzekering is geen dekking voor zittend ziekenvervoer opgenomen.

### **Ontvangst polisvoorwaarden**

- 9.9. Verzoeker heeft aangevoerd dat de polisvoorwaarden voor het jaar 2011 hem eerst op een zeer laat tijdstip zijn gezonden, hetgeen ertoe heeft geleid dat hij niet op de hoogte was van de wijzigingen in deze voorwaarden ten opzichte van het voorgaande jaar. Verzoeker is van mening dat de voorwaarden van 2011 hem dan ook niet kunnen worden tegengeworpen. Wat hiervan ook zij, het is de commissie gebleken dat ook in het jaar 2010 geen vergoeding bestond voor de code P35, en dat ook in dat jaar een vergoeding van 50 percent gold voor code P16. Ook de regeling met betrekking tot het zittend ziekenvervoer is in beide jaren gelijk. Beoordeeld naar de verzekeringsvoorwaarden van 2010, die verzoeker, zo begrijpt de commissie uit de stellingen van verzoeker, kennelijk wel heeft ontvangen, blijft de uitkomst derhalve gelijk.

### **Conclusie**

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

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter