



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, hardheidsclausule, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201702235
Zittingsdatum : 23 mei 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016-2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.13 en 2.14 Bzv, 2.37 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016-2018)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen





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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Beter 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering VGZ Tand Beter is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op zittend ziekenvervoer voor de jaren 2016, 2017 en 2018 (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 4 oktober 2017 zijn machtigingen afgegeven voor zittend ziekenvervoer over de perioden van 19 juli 2016 tot en met 31 december 2016 en 1 januari 2017 tot en met 14 augustus 2017. De aanvraag voor zittend ziekenvervoer in 2018 is bij brief van 25 september 2017 afgewezen. Op grond van de afgegeven machtigingen heeft verzoekster de kosten van het zittend ziekenvervoer bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Op 20 november 2017 is een vergoeding toegekend van € 303,20 en op 11 december 2017 van € 385,28. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij teveel heeft vergoed en dat hij om die reden een bedrag van € 334,88 terugvordert.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brieven van 7 december 2017 en 15 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier, ontvangen op 21 december 2017, heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) een machtiging voor zittend ziekenvervoer af te geven voor 2018, (ii) een hogere vergoeding toe te kennen voor zittend ziekenvervoer, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering voor de jaren 2016 en 2017 en (iii) af te zien van de terugvordering van € 334,88 (hierna: het verzoek).

- 
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 
- 3.5. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld zijn standpunt kenbaar te maken. Van deze mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt binnen de daartoe gestelde termijn.
- 
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 april 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 mei 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.7. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 mei 2018 gehoord.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. Verzoekster is hartpatiënt en in verband hiermee is zij langdurig onder behandeling bij een medisch specialist in het ziekenhuis. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar, op grond van de machtigingen die hiervoor zijn afgegeven, een declaratie ingediend voor de vervoerskosten die zij in 2016 en 2017 heeft gemaakt.
- 
- 4.2. De aanvraag voor zittend ziekenvervoer voor het jaar 2018 is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, omdat volgens hem niet wordt voldaan aan de zogenoemde hardheidsclausule. Ondanks haar verzoek hiertoe heeft de ziektekostenverzekeraar hierover geen duidelijkheid verschaft. Verzoekster is het dan ook niet eens met deze beslissing.
- 
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts de ingediende declaratie afgewezen, omdat het declaratieformulier niet is voorzien van een stempel en een paraaf van het ziekenhuis. De betreffende declaratie was echter ondertekend door de afdeling zorgmanagement van het ziekenhuis.
- 
- 4.4. Naar aanleiding van de afwijzende beslissingen heeft verzoekster meermalen telefonisch en schriftelijk contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens de telefonische contacten werd tegenstrijdige informatie verstrekt en ook schriftelijk werd niet de gewenste duidelijkheid gegeven. Bovendien zijn de contactmomenten door verzoekster als onprettig ervaren en hebben deze haar het gevoel gegeven dat zij als crimineel wordt bestempeld en wordt beticht van fraude. Hiervan is echter geen sprake. Verzoekster wenst enkel duidelijkheid te verkrijgen over de afwijzing van de aanvraag voor 2018 en over de vergoeding van de gedeclareerde kosten uit 2016 en 2017.
- 
- 4.5. Bij brief van 20 november 2017 is aan verzoekster medegedeeld dat zij een vergoeding ontvangt van € 303,20. Dit bedrag komt echter niet overeen met de kosten die zijn gemaakt voor de achttien ritten naar en van het ziekenhuis. Teneinde hierover meer duidelijkheid te verkrijgen heeft verzoekster opnieuw contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en een klacht ingediend.

Bij brief van 7 december 2017 is door de ziektekostenverzekeraar een toelichting gegeven op de toegekende vergoeding. Uit de brief bleek echter dat twee ritten niet werden vergoed. Dit vormde voor verzoekster aanleiding hierover contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 11 december 2017 is aan verzoekster medegedeeld dat zij een vergoeding ontvangt van € 385,28. Bij brief van 15 december 2017 is aan verzoekster medegedeeld dat de beide ritten alsnog zijn vergoed, maar wordt haar tevens medegedeeld dat een deel van de reeds toegekende vergoeding wordt teruggevorderd. Verzoekster is het niet eens met deze terugvordering, omdat zij recht heeft op het eerder toegekende bedrag.

- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat alle contacten met de ziektekostenverzekeraar haar veel stress hebben bezorgd, wat zij niet kon gebruiken vlak na de hartoperatie die zij had ondergaan. Verzoekster heeft als gevolg van deze stress chronisch boezemfibrilleren gekregen en dat neemt zij de ziektekostenverzekeraar bijzonder kwalijk. Verder voert verzoekster aan dat zij door één bepaalde medewerker onbeschoft is behandeld. Zij vindt het kwalijk dat de betreffende medewerker niet op de hoorzitting aanwezig is.
- 4.7. Bij e-mailbericht van 5 juni 2018 heeft verzoekster medegedeeld dat zij zich kan vinden in een kilometervergoeding voor het zittend ziekenvervoer. Zij benadrukt verder dat zij weliswaar onheus is bejegend, maar dat zij hiervoor intussen excuses heeft ontvangen van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van artikel 37 van de zorgverzekering (2018) bestaat aanspraak op zittend ziekenvervoer als een verzekerde langdurig is aangewezen op vervoer in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en het niet verstrekken of vergoeden van het vervoer zou leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar. Om te beoordelen of een verzekerde een beroep kan doen op de hardheidsclausule wordt gebruik gemaakt van een rekensom, die luidt: "*aantal aaneengesloten maanden (maximaal twaalf) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis*". Indien de uitkomst van de rekensom groter of gelijk is aan 250 kan een verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule.
- 5.2. Verzoekster heeft op 14 september 2017 een aanvraag ingediend voor zittend ziekenvervoer voor 2018. Zij heeft in de aanvraag vermeld dat op dat moment nog niet bekend was hoe vaak zij voor behandeling naar het ziekenhuis moest worden vervoerd. Wegens het ontbreken van die gegevens is het voor de ziektekostenverzekeraar (nog) niet mogelijk vast te stellen of verzoekster aan de hardheidsclausule voldoet. Om die reden is de aanvraag afgewezen.
- 5.3. Ten aanzien van de kalenderjaren 2016 en 2017 geldt dat verzoekster geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd of verkregen voor zittend ziekenvervoer, hoewel dit wel als eis in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen. Evenwel is door de ziektekostenverzekeraar besloten aan de hand van de ingediende declaratieformulieren een machtiging af te geven voor zittend ziekenvervoer over de periode van 19 juli 2016 tot en met 31 december 2016 en over de periode van 1 januari 2017 tot en met 14 augustus 2017. Op 4 oktober 2017 is een tweetal brieven aan verzoekster gezonden, waarin dit schriftelijk wordt bevestigd.
- 5.4. Naar aanleiding van de klacht van verzoekster en de vele contactmomenten over en weer, heeft de ziektekostenverzekeraar contact gezocht met het ziekenhuis om na te gaan op welke data verzoekster het ziekenhuis heeft bezocht. Aan de hand van het ontvangen overzicht van het ziekenhuis heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van het zittend ziekenvervoer voor de jaren 2016 en 2017 vastgesteld. In beide jaren heeft het zittend ziekenvervoer met eigen vervoer plaatsgevonden. In 2016 geldt een kilometervergoeding van € 0,30 en een wettelijke eigen bijdrage van € 98,-. Verzoekster heeft in 2016 vier ritten gemaakt van totaal 360 kilometer. $360 \times € 0,30 = € 108,-$. Na

aftrek van de wettelijke eigen bijdrage van € 98,-- heeft verzoekster recht op een vergoeding van € 10,--.

In 2017 geldt een kilometervergoeding van € 0,28 en een wettelijke eigen bijdrage van € 100,--. Verzoekster heeft in 2017 zestien ritten gemaakt van totaal 1.440 kilometer. $1.440 \times € 0,28 = € 403,20$. Na aftrek van de wettelijk eigen bijdrage van € 100,- heeft verzoekster recht op een vergoeding van € 303,20.

5.5. Op 20 november 2017 is een vergoeding toegekend van € 303,20 en op 11 december 2017 van € 385,28. In totaal is daarmee € 688,48 aan verzoekster vergoed. Dit is € 375,28 meer dan waarop zij recht heeft. Evenwel heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een bedrag van € 334,88 terug te vorderen. Het verschil (€ 40,40) hoeft verzoekster niet terug te betalen, wegens de fouten die de ziektekostenverzekeraar heeft gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft voor deze fouten zijn excuses aangeboden.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op grond van het declaratieformulier, de afsprakenkaarten en het e-mailcontact met het ziekenhuis waar verzoekster onder behandeling was, is vastgesteld dat verzoekster aan de voorwaarden voldeed om aanspraak te maken op zittend ziekenvervoer. Dit heeft ertoe geleid dat over de jaren 2016 en 2017 alsnog een machtiging is verleend. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat de kosten van het vervoer, dat op 5 april 2017 heeft plaatsgevonden, ten onrechte niet zijn vergoed. Dit betreft een bedrag van € 50,40 dat alsnog aan verzoekster zal worden betaald.

5.7. Bij brief van 30 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de berekening van de vergoeding voor 2016 en 2017 nader toegelicht. In deze brief is tevens bevestigd dat een nabetaling van € 50,40 zal plaatsvinden aan verzoekster, dit in verband met het vervoer dat op 5 april 2017 heeft plaatsgevonden.

5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10.1 van van de zorgverzekering en artikel 7 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. In 2016, 2017 en 2018 zijn de betreffende artikelen van gelijke strekking.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het verzoek, zoals omschreven onder 3.3., in te willigen.

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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 t/m 37 van de zorgverzekering (2016), de artikel 11 t/m 39 van de zorgverzekering (2017) en de artikel 11 t/m 38 van de zorgverzekering (2018).

8.3. Artikel 36 van de zorgverzekering (2016) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

U hebt recht op:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:

a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;

(...)

e. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a tot en met d;

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 zorgaanbieder, 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 jonger dan 18 jaar en u bent aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (intensieve kindzorg);

f. 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.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Wie mag het ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer verzorgen

(...)

2. Zittend ziekenvervoer:

(...)

- eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,30 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

(...)

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 98 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

(...)

Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer. U kunt deze toestemming met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer aanvragen. Dit formulier vindt u op onze website. (...)"

- 8.4. Artikel 38 van de zorgverzekering (2017) is van gelijke strekking, met uitzondering van de bepaling over de wettelijke eigen bijdrage, die op € 100,- per kalenderjaar is vastgesteld, en de bepaling over de hoogte van de kilometervergoeding voor eigen vervoer, die op € 0,28 per kilometer is vastgesteld.

- 8.5. Artikel 37 van de zorgverzekering (2018) is van gelijke strekking, met uitzondering van de bepaling over de wettelijke eigen bijdrage, die op € 101,- per kalenderjaar is vastgesteld, en de bepaling over de hoogte van de kilometervergoeding voor eigen vervoer, die op € 0,30 per kilometer is vastgesteld.
- 8.6. De voornoemde artikelen van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering (2016-2018) 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. Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.13 en 2.14 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.37 Rzv.
- 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 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van hetgeen is bepaald in artikel 36 (2016), respectievelijk 38 (2017) en 37 (2018), van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van zittend ziekenvervoer als het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het punt over vervoer per ambulance, en (i) verzekerde nierdialyses moet ondergaan, of (ii) verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan, of (iii) verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of (iv) verzekerde zich door zijn beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, (v) verzekerde jonger is dan 19 jaar en hij is aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 2.10 Bzv (intensieve kindzorg) of (vi) 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.

Verzoekster behoort niet tot de categorieën genoemd onder (i) tot en met (v) waarvoor zittend ziekenvervoer is aangewezen, zodat dient te worden getoetst aan de hardheidsclausule, als bedoeld onder (vi).

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar gebruikt bij het vaststellen of sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard een rekenformule. Deze rekenformule 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 rekensom luidt als volgt:

'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis'

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.

- 9.3. Ten aanzien van de aanspraak op zittend ziekenvervoer voor 2018 overweegt de commissie het volgende. Op 14 september 2017 heeft verzoekster een aanvraag ingediend voor zittend ziekenvervoer voor het genoemde jaar. Het is voor verzoekster mogelijk in de aanvraag te vermelden hoeveel maanden zij verwacht dat een behandeling gaat duren, wat de afstand is van haar huis naar het behandeladres en hoe vaak zij gemiddeld per week, dan wel per maand verwacht aangewezen te zijn op vervoer. De commissie stelt vast dat deze gegevens overeenkomen met de variabelen in de toepasselijke rekenformule die door de ziektekostenverzekeraar wordt gehanteerd om te bepalen of verzoekster aanspraak kan maken op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule.

Verzoekster heeft op het aanvraagformulier ingevuld dat zij de gevraagde informatie nog niet kan verstrekken, omdat deze nog niet bekend is. In die situatie is het voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk vast te stellen of verzoekster aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. De aanvraag is derhalve terecht afgewezen.

De commissie merkt op dat als de betreffende informatie bekend is, hetzij voorafgaand aan -, hetzij gedurende - of na afloop van het behandeltraject, verzoekster een aanvraag kan indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Deze kan dan beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule.

- 9.4. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster in 2016 en 2017 op basis van de hardheidsclausule aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer. Dat zij de ziektekostenverzekeraar hiervoor vooraf geen toestemming heeft gevraagd, zoals de voorwaarden van de zorgverzekering bepalen, wordt verzoekster niet langer tegengeworpen. Tevens staat vast dat het zittend ziekenvervoer heeft plaatsgevonden met eigen vervoer. Wat partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding en de daarmee samenhangende terugvordering. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

Verzoekster heeft een declaratieformulier ingediend, waarop achttien data zijn ingevuld waarop ritten van haar huis naar het ziekenhuis en vice versa hebben plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met het ziekenhuis om te verifiëren of op alle data ziekenhuisbezoeken hebben plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat dit niet het geval is. Op basis van de gegevens die hij van het ziekenhuis heeft ontvangen, heeft de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat in 2016 twee bezoeken en in 2017 elf bezoeken hebben plaatsgevonden. In zijn brief van 30 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende data genoemd en een nadere toelichting gegeven op de berekening van de vergoeding en op de omvang van de terugvordering.

Door verzoekster is niet gesteld dat meer ziekenhuisbezoeken en dus meer ritten hebben plaatsgevonden, zodat vast staat dat de vergoeding aan de hand van deze gegevens moet worden vastgesteld.

- 9.5. Op grond van artikel 36 van de zorgverzekering (2016) bestaat recht op een vergoeding van € 0,30 per kilometer, indien het zittend ziekenvervoer heeft plaatsgevonden met eigen vervoer. De ziektekostenverzekeraar hanteert de snelste route volgens de ANWB-routeplanner om de afstand vast te stellen. De heen- en terugreis worden apart berekend. De afstand tussen het woonadres van verzoekster en het behandeladres is volgens de betreffende routeplanner 90 kilometer enkele reis. Voorts geldt een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 98,- per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer, die in mindering wordt gebracht op de vergoeding waarop verzoekster recht heeft. In 2016 hebben vier ritten plaatsgevonden, te weten op 19 juli 2016 (heen en terug) en 3 november 2016 (heen en terug), in totaal 360 kilometer (4 x 90 km). De vergoeding bedraagt: $360 \times € 0,30 = € 108,-$. Op deze vergoeding wordt de wettelijke eigen bijdrage (€ 98,-) in mindering gebracht. Dit betekent dat verzoekster voor 2016 recht heeft op een vergoeding van € 10,-.
- 9.6. Op grond van artikel 38 van de zorgverzekering (2017) bestaat recht op een vergoeding van € 0,28 per kilometer, indien het zittend ziekenvervoer heeft plaatsgevonden met eigen vervoer. Voorts geldt een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 100,- per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer die in mindering wordt gebracht de vergoeding waarop verzoekster recht heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 30 mei 2018 een berekening van de hoogte van de vergoeding voor 2017 opgenomen die betrekking heeft op zestien ritten, te weten op 30 januari (heen en terug), 23 februari 2017 (heen en terug), 7 maart (heen en terug), 21 maart (heen en terug), 8 mei (heen), 9 mei (terug), 28 juni (heen), 4 juli (terug), 8 augustus (heen en terug) en 14 augustus (heen en terug). De afgelegde afstand is totaal 1.440 kilometer (16 x 90 kilometer). De vergoeding bedraagt $1.440 \times € 0,28 = € 403,20$. Op deze vergoeding wordt de wettelijke eigen bijdrage (€ 100,-) in mindering gebracht. Op grond van de genoemde ritten heeft verzoekster recht op een vergoeding van € 303,20.
- 9.7. De commissie overweegt dat verzoekster, op basis van de hiervoor genoemde ritten in 2016 en 2017, recht heeft op een vergoeding van totaal € 313,20. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 november 2017 een vergoeding aan verzoekster toegekend van € 303,20 en op 11 december 2017 van € 385,28. Dit betekent dat totaal € 688,48 aan verzoekster is vergoed, terwijl zij recht heeft op een vergoeding van € 313,20. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve € 375,28 meer aan verzoekster vergoed dan waarop zij op grond van de zorgverzekering recht heeft. Het staat hem vrij laatstgenoemd bedrag terug te vorderen. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten uit coulance een bedrag van € 40,40 niet terug te vorderen. In deze beslissing zal de commissie niet treden. Overigens merkt de commissie op dat verzoekster het gevorderde bedrag inmiddels aan de ziektekostenverzekeraar heeft terugbetaald.
- 9.8. Verder stelt de commissie vast dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard, en bij brief van 30 mei 2018 heeft bevestigd, dat verzoekster tevens recht heeft op vergoeding van de ritten die op 5 april 2017 hebben plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar zal aan verzoekster in verband hiermee een bedrag van € 50,40 betalen. Op grond van deze nabetaling ziet de commissie aanleiding te bepalen dat verzoekster recht heeft op vergoeding van het entreegeld van € 37,-.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.11. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



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



Zeist, 13 juni 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester

