



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen  
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, hoogte vergoeding, mondzorg, hoogte vergoeding, toezegging  
Zaaknummer : 201601625  
Zittingsdatum : 25 januari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 19 Zvw, 2.1, 2.7, 2.14, 2.17 en 2.18 Bzv, 2.31 en 2.37 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk 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 ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 1P afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer en tandheelkundige behandelingen (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 7 juli 2016 heeft verzoekster 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).
- 3.4. 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 november 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 november 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 22 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 16 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016133142) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de consultatie en tandvleescorrectie tot de normale onderhoudskosten behoren waarvoor geen (verzekerings)indicatie tot bijzondere tandheelkunde bestaat. Daarnaast is het Zorginstituut van oordeel dat de kosten van het vervoer naar de huisarts en het bloedprikken dienen te worden meegenomen in de beoordeling of is voldaan aan de hardheidsclausule. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 januari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar tijdens de hoorzitting verzocht aanvullende stukken over te leggen, waaruit valt op te maken ten laste van welk jaar de kosten van de tandheelkundige behandelingen met code J71 en J73 moeten worden gebracht, zodat kan worden bepaald of de ziektekostenverzekeraar terecht het eigen risico 2016 bij verzoekster in rekening heeft gebracht.
- 3.10. Bij brief gedateerd 14 oktober 2016, door de commissie ontvangen op 30 januari 2017, heeft de ziektekostenverzekeraar stukken ingezonden met betrekking tot het eigen risico 2016. Een afschrift hiervan is op 31 januari 2017 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 8 februari 2017 heeft verzoekster hierop gereageerd.
- 3.11. Bij brief van 28 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies.  
Bij brief van 21 maart 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 22 maart 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen veertien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben op 29 maart 2017 respectievelijk 30 maart 2017 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt dat zij onjuist is behandeld door de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de vergoeding van zittend ziekenvervoer en tandheelkundige behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van het zittend ziekenvervoer grotendeels afgewezen, waardoor een bedrag van ruim € 275,- voor rekening van verzoekster blijft. Verzoekster heeft eerder over de vergoeding van het zittend ziekenvervoer een geschil aanhangig gemaakt. De uitkomst hiervan was dat zij door de commissie in het gelijk is gesteld. Haar situatie is in 2015 niet gewijzigd ten opzichte van voorgaande jaren. Verzoekster is alleenstaand en afhankelijk van zittend ziekenvervoer. De ziektekostenverzekeraar zoekt steeds opnieuw naar een reden om niet te hoeven betalen. Dit keer gebruikt hij de termen 'consult' en 'coulance'. Verder vraagt verzoekster zich af welke routeplanner door de ziektekostenverzekeraar is toegepast bij de berekening van het aantal kilometers voor de bepaling van de vergoeding. Tussen de door haar en de door de ziektekostenverzekeraar berekende kilometers zit namelijk een groot verschil. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat indien in 2016 een aanvraag wordt ingediend voor zittend ziekenvervoer en niet wordt voldaan aan de hardheidsclausule, deze aanvraag wordt afgewezen. Volgens verzoekster is dit niet correct. De hardheidsclausule is in deze niet van toepassing.

- 4.2. Wat betreft de vergoeding van de tandheelkundige behandelingen merkt verzoekster het volgende op. De behandelend tandarts heeft hiervoor een aanvraag ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop, met uitzondering van de behandelingen met verrichtingscodes J60 (specifiek consult nazorg) en T82 (tandvleescorrectie), een akkoordverklaring afgegeven. De behandelend tandarts heeft echter, zonder overleg met verzoekster, de behandelingen met verrichtingscodes J60 en T82 toch uitgevoerd. Achteraf bleek dat hij de tandvleescorrectie heeft uitgevoerd met een laser. Dit had een ernstige ontsteking, bloedingen en een schimmelinfectie tot gevolg. Verzoekster benadrukt dat zij voordien geen tandvleesproblemen had. Zij ontving van de behandelend tandarts een nota van € 387,40 met behandeldatum 13 januari 2016 en een nota van € 200,08 met behandeldatum 2 december 2015 met de mededeling dat deze kosten niet door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Van de ziektekostenverzekeraar ontving verzoekster een nota voor het eigen risico 2016 van € 202,38 voor de tandheelkundige behandeling met behandeldatum 13 januari 2016. Verder ontving zij een nota voor het eigen risico 2016 van € 385,- voor de tandheelkundige behandeling met behandeldatum 3 maart 2016. Verzoekster kan zich hierin niet vinden. Zij stelt dat sprake is van een behandeling in 2015 en dat het verplicht eigen risico 2015 reeds was volgemaakt. Verder stelt zij dat sprake was van een duidelijke afspraak tussen haar en de behandelend tandarts over de behandelingen. Hij heeft een aanvraag ingediend, waarvoor een akkoordverklaring is afgegeven voor een aantal behandelingen. De behandelingen waarvoor geen akkoord was verleend, heeft hij desondanks uitgevoerd. De verbazing was dan ook groot toen verzoekster van de behandelend tandarts een nota ontving van € 387,40. Zij heeft hiertegen geprotesteerd met als gevolg dat de nota zou worden gecrediteerd. De nota is echter niet gecrediteerd. In plaats daarvan is 'men' gaan goochelen met codes. Verzoekster is van mening dat alle nota's van de behandelend tandarts moeten komen te vervallen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat zij ter zake van het zittend ziekenvervoer over de jaren 2012 tot en met 2014 ook een geschil heeft voorgelegd aan de commissie. Dit heeft toen geresulteerd in een toewijzing. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de afstand naar het Rijnstate ziekenhuis 64 kilometer is. Verzoekster komt daarentegen op 125 kilometer. Als de ANWB-routepanner wordt gebruikt, wordt de afstand berekend op basis van binnenweggetjes. Verzoekster rijdt echter altijd via de snelweg. Ook wanneer zij naar de huisarts gaat. Verder heeft verzoekster ter zake van de mondzorg verklaard dat zij een bedrag moet betalen voor het eigen risico 2016. Verzoekster voert aan dat de behandeling heeft plaatsgevonden in 2015 en dat het eigen risico 2015 reeds was volgemaakt.
- 4.4. In haar brief van 30 maart 2017 benadrukt verzoekster het grote verschil tussen de door haar afgelegde kilometers en de kilometers volgens de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde routepanner. Zij wijst er op dat het van belang is de route snel en veilig af te leggen.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor zittend ziekenvervoer aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden beoordeeld. Op 5 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar hiervoor toestemming verleend op basis van het aantal kilometers van het huisadres van verzoekster naar Arnhem Rijnstate, Zevenaar Rijnstate, Velp Rijnstate en Doetinchem Slingeland Ziekenhuis. Op de machtiging staat verder dat de ritten in 2015 nog worden vergoed ondanks dat de aanvraag niet voldoet aan de hardheidsclausule. Na herbeoordeling van de aanvraag is de ziektekostenverzekeraar verzoekster tegemoet gekomen door het vervoer naar fysiotherapie op te vatten als vervoer naar een behandeling, zodat ook de vervoerskosten hiervan konden worden vergoed. Op 16 april 2016 heeft verzoekster een aangepaste machtiging ontvangen en op 18 april 2016 zijn de vervoerskosten (deels) aan haar betaald. Een bezoek aan de huisarts en bloedprikken beschouwt de ziektekostenverzekeraar niet als een behandeling, maar als een consult. De verzekeraar verwijst hiertoe naar een eerdere uitspraak van de commissie inzake vervoerskosten, waarin het volgende staat:

*"de commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het vervoer naar alle op de afsprakenkaarten genoemde zorgverleners te vergoeden, voor zover het behandelingen betreft. Vervoer in verband met consulten en het afhalen van medicatie bij de apotheek komen daarentegen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking".*

- 5.2. Bovendien geldt dat zelfs als de vervoerskosten naar de huisarts en naar Yunio Sensire voor vergoeding in aanmerking zouden komen, de door verzoekster opgegeven reisafstanden niet correct zijn. Op basis van de kortste route volgens de ANWB-routeplanner is de ziektekostenverzekeraar gekomen tot de volgende reisafstanden:  
 Huisarts: 800 meter  
 Yunio Sensire: 770 meter  
 De kilometers die voor vergoeding in aanmerking komen, vergoedt de ziektekostenverzekeraar voor het jaar 2015 op basis van € 0,31 per kilometer.
- 5.3. Met betrekking tot de tandartskosten geeft de ziektekostenverzekeraar de volgende toelichting. Verzoekster heeft op 9 september en 2 december 2015 tandheelkundige behandelingen ondergaan met respectievelijk verrichtingscodes J60 en T82. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering beoordeeld dat de betreffende verrichtingen niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering is evenmin een vergoeding mogelijk.  
 In 2015 heeft de tandartsassistente echter contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is haar verteld dat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering recht bestaat op vergoeding van de betreffende tandheelkundige behandelingen. Dit was niet juist. In de aanvullende ziektekostenverzekering is, als gezegd, namelijk geen vergoeding opgenomen voor de verrichtingscodes J60 en T82. De behandeling met verrichtingscode J60 is, na het opnieuw aanvragen, alsnog vergoed vanuit de zorgverzekering. Verder is aan verzoekster voorgesteld de behandeling met verrichtingscode T82, op basis van coulance, te vergoeden tot maximaal 80% van de kosten. Verzoekster heeft dit voorstel afgewezen.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat ter zake van het zittend ziekenvervoer in het bindend advies van 17 juni 2015 is bepaald dat het moet gaan om een behandeling. Dit volgt ook uit artikel 2.14 Bzv. Een huisartsenbezoek en bloedprikken zijn geen behandelingen. Het advies van het Zorginstituut Nederland strookt niet met voornoemd bindend advies en de wet. De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat de afstand naar de huisarts 800 meter bedraagt. In de machtiging van 2015 is verzoekster medegedeeld dat niet is voldaan aan de hardheidsclausule. Bij de vaststelling van de vergoeding over 2012 tot en met 2014 beschikte de ziektekostenverzekeraar, net als nu, niet over afsprakenkaarten. Om die reden werd besloten uit te keren op basis van de opgave van het aantal kilometers door verzoekster. Voor 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de reisafstanden wel gecontroleerd. De wijze waarop de reisafstand wordt berekend staat in de verzekeringsvoorwaarden.  
 Ter zake van de mondzorg merkt de ziektekostenverzekeraar op dat er blijkbaar verwarring is omtrent de machtiging. Er is een machtiging verleend voor de codes J71 en J73. De gevraagde machtiging voor de codes J60 en T82 is aanvankelijk afgewezen. De behandeling met code J60 is inmiddels vergoed. Verder wil de ziektekostenverzekeraar de behandeling met code J82 voor 80 percent vergoeden. Ter zake van het eigen risico heeft de ziektekostenverzekeraar tijdens de zitting verklaard dat hij niet paraat heeft wanneer de behandelingen hebben plaatsgevonden en met betrekking tot welk jaar het eigen risico is berekend. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht na afloop van de hoorzitting informatie te verstrekken over het eigen risico en over de codes J71 en J73.
- 5.5. Bij brief van 29 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat bloedprikken en huisartsbezoek niet kunnen worden beschouwd als een behandeling als bedoeld in artikel 2.14 Bzv. Voorts is uit de patiëntenkaart van de huisarts niet op te maken dat het bloedprikken en de bezoeken aan de huisarts verband houden en samenhangen met een langdurige aandoening zoals bedoeld in voornoemd artikel.

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 A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is de vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer en van door verzoekster ondergane tandheelkundige behandelingen, 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. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op de bladzijden 9 tot en met 50 van de zorgverzekering.

8.3. Op de bladzijden 49 en 50 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

**“Zittend ziekenvervoer**

(...)

**Welke zorg**

*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 € 0,31 per kilometer. (...)*

*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, 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.*

**Let op**

(...)

- *Als u gebruik maakt van eigen vervoer, wordt de vergoeding berekend op de kortst mogelijke gebruikelijke route.*

(...)

**Eigen bijdrage**

*U betaalt een eigen bijdrage van € 97 per kalenderjaar.*

(...)"



- 8.4. Op bladzijde 38 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkunde bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

**"Tandheelkunde**

(...)

*Vanaf 18 jaar*

*U heeft recht op:*

- *chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties,*
- *uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak."*

- 8.5. Hetgeen is bepaald op bladzijden 38, 49 en 50 van de zorgverzekering is volgens het gestelde op bladzijde 7 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.37 Rzv.  
Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.

- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.  
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.8. Op bladzijde 73 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op tandheelkunde bij een volledig kunstgebit geregeld en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

**"Lage premie bij volledig kunstgebit**

*Draagt u zowel in de boven- als onderkaak een volledig kunstgebit? Dan kunt u gebruik maken van de TandVerzorgd 1P.*

**Voor onderstaande codes bedraagt de vergoeding 100%**

*Controle*

*C11, C13*

*Prothetische zorg*

*P14, P21, P25, P27 t/m P30, P36 t/m P43, P45, P78*

*Implantaten (eigen bijdrage)*

*J50, J51, J52*

**Voor onderstaande codes bedraagt de vergoeding 80%**

*Tandsteen*

*M01, M02, M03*

*Verdoving*

*A10, A15*

*Trekken*

*H11, H16, H21, H35, H50, H55*

*Vullingen*

*V50, V71, V72, V73, V74, V81, V82, V83, V84, V91, V92, V93, V94*

Foto's

X10

Wortelkanaal

E01 t/m E04, E13, E14, E16, E17, E19, E40, E42, E43, E45, E51 t/m E57, E77, E78

Prothetische zorg

P10, P15, P16, P51 t/m P58

**Voor onderstaande codes bedraagt de vergoeding 50%**

Controle

C85, C86, C87 (weekend, avond, nacht)

Prothetische zorg

P79"

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Op grond van hetgeen is bepaald op de bladzijden 49 en 50 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 artikel 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, of (v) 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 (iv) waarvoor zittend ziekenvervoer is aangewezen, zodat dient te worden getoetst aan de hardheidsclausule, als bedoeld onder (v).

9.2. Door de zorgverzekeraars wordt bij het vaststellen of sprake is van een onbillijkheid van overwegende aard gebruik gemaakt van een formule, opgesteld door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze formule wordt gehanteerd als middel, op basis van een onderlinge afspraak tussen de zorgverzekeraars, ter bevordering van een zowel consistente als eenvormige toepassing van de zogenoemde hardheidsclausule, zonder daarmee overigens de mogelijkheid van het op andere wijze vaststellen van onbillijkheid van overwegende aard te sluiten. Bedoelde formule luidt als volgt:

**aantal** (maanden) x **aantal** (x per week) x 4 (weken in een maand) x {**aantal** (km enkele reis) x 0,25 (weging)} = X

Hierbij kunnen de vetgedrukte aantallen variabel ten opzichte van elkaar worden ingevuld om tot een getal onder of boven de 250 te komen. Daar waar sprake is van een gelijke of hogere waarde, heeft de verzekerde aanspraak op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule.

9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft, in het kader van de hardheidsclausule, voor de berekening van het aantal kilometers gebruik gemaakt van de kortste route volgens de ANWB-routeplanner. Verzoekster stelt dat tussen haar berekening van het aantal kilometers en de berekening van de ziektekostenverzekeraar een groot verschil zit. De vraag is of de ziektekostenverzekeraar voor de bepaling van de hoogte van de vergoeding mag uitgaan van de (in afstand) kortste route volgens de ANWB-routeplanner, dan wel dient uit te gaan van de (in tijd) - doch in afstand langere - snelste route. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

9.4. In het Bzv en de bijbehorende Nota van toelichting is niet geregeld hoe de afstand van het vervoer moet worden berekend, zodat dient te worden uitgegaan van hetgeen is vermeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. In de voorwaarden van de zorgverzekering is voor het kalenderjaar 2015 bepaald dat berekening plaatsvindt aan de hand van de "kortst mogelijke gebruikelijke route".



- 9.5. Bij zowel de ANWB-routeplanner als Routenet kan een keuze worden gemaakt tussen de kortste en de snelste route. Het is niet mogelijk te kiezen voor de "kortst mogelijke gebruikelijke route". De toevoeging "gebruikelijke" ziet blijkbaar op de situatie dat van de verzekerde niet kan worden gevergd dat hij voor deze kortste route kiest. In dat geval moet - bij gebrek aan een alternatief - naar het oordeel van de commissie worden uitgegaan van de snelste route. Uit de stukken blijkt niet dat verzoekster geen gebruik kan maken van de kortste route. Dat deze route door woonwijken en over binnenwegen gaat, terwijl verzoekster liever voor de snelweg kiest, vormt geen aanleiding voor een herberekening van het aantal kilometer op basis van de snelste route.
- 9.6. Verder zijn de kosten van het vervoer naar de huisarts en de kosten van het vervoer in verband met bloedprikken door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Uit het advies van het Zorginstituut van 21 maart 2017 volgt dat het vervoer naar de huisarts en naar het bloedprikken moet worden meegenomen in het kader van de toetsing aan de hardheidsclausule indien sprake is van een langdurige aandoening. De ziektekostenverzekeraar heeft dit laatste gemotiveerd bestreden. De commissie stelt vast dat, ongeacht of het betreffende vervoer in de berekening wordt betrokken, op voorhand duidelijk is dat door verzoekster niet wordt voldaan aan de hardheidsclausule terwijl ook anderszins niet is gebleken dat het niet vergoeden van het vervoer in haar situatie leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de betreffende kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft desalniettemin besloten de kosten van het vervoer op basis van coulance deels te vergoeden. In die beslissing zal de commissie niet treden.
- 9.7. Ten aanzien van de in geschil zijnde vergoeding van de tandheeskundige behandelingen met verrichtingscodes J60 en T82 overweegt de commissie als volgt. De behandelend tandarts heeft een aanvraag ingediend met daarbij een begroting. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag goedgekeurd, uitgezonderd de verrichtingscodes T82 en J60. De behandelend tandarts heeft desondanks de behandelingen met verrichtingscode T82 en J60 uitgevoerd en vervolgens gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De behandeling met verrichtingscode J60 is nadien alsnog door de ziektekostenverzekeraar vergoed vanuit de zorgverzekering, en voor de behandeling met verrichtingscode T82 is aan verzoekster voorgesteld deze tot maximaal 80 percent van de kosten te vergoeden. Verzoekster heeft dit voorstel afgewezen. De vraag die ter beantwoording voorligt is derhalve of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de behandeling met verrichtingscode T82 volledig te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.8. Op grond van hetgeen is bepaald op bladzijde 38 van de voorwaarden van de zorgverzekering biedt de zorgverzekering dekking voor tandheelkunde voor verzekerden vanaf 18 jaar bij chirurgische tandheeskundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij behorende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties en/of uitneembare volledige prothesen voor de boven- of onderkaak. Een tandvleescorrectie (verrichtingscode T82) valt hier niet onder, terwijl voorts geen sprake is van tandheeskundige zorg in bijzondere gevallen - zoals wordt bevestigd door het Zorginstituut -, zodat op grond van de zorgverzekering geen recht bestaat op vergoeding van de kosten hiervan en de ziektekostenverzekeraar mitsdien niet gehouden is de betreffende behandeling te vergoeden.

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

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor zittend ziekenvervoer en voor de tandheeskundige behandeling met verrichtingscode T82, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

#### **Telefonische toezegging**

- 9.10. Bij brief van 2 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij tijdens een telefoongesprek in 2015 aan de tandartsassistente heeft toegezegd dat de behandelingen met verrichtingscodes J60 en T82 voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de aanvullende

ziekttekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien erkend dat deze mededeling niet juist was.

In de aanvullende ziektekostenverzekering is voor bepaalde verrichtingscodes een vergoeding van 50 percent, 80 percent of 100 percent opgenomen. Verrichtingen die beginnen met de letter T komen hierin niet voor.

Gezien de - ongeclausuleerde - telefonische toezegging en het niet voorkomen van codes met de letter T in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering vermag de commissie niet in te zien waarom door de ziektekostenverzekeraar is aangeboden de behandeling met verrichtingscode T82 slechts gedeeltelijk, namelijk tot 80 percent te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar dient de betreffende kosten dan ook volledig te vergoeden.

### **Eigen risico**

- 9.11. Verzoekster bestrijdt dat zij in 2016 tandheelkundige behandelingen heeft ondergaan, zodat de betreffende kosten ten onrechte zijn betrokken in de berekening van het eigen risico voor dat jaar. Zij stelt dat zij door de tandarts is behandeld op 2 december 2015 en dat het eigen risico voor 2015 reeds was vol gemaakt. Uit de specificatie van 26 maart 2016 volgt echter dat verzoekster op 3 maart 2016 is behandeld door de tandarts, waarna de kosten van de behandelingen met de codes J71 en J73 bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd. De commissie concludeert dan ook dat de ziektekostenverzekeraar voor deze behandelingen terecht € 385,- ten laste van het eigen risico 2016 heeft gebracht.

### **Conclusie**

- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de tandheelkundige behandeling met verrichtingscode T82 alsnog volledig dient te worden vergoed. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.13. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze zoals in 9.12 is verwoord. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 19 april 2017,

A.I.M. van Mierlo