



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen N.V. Zorgverzekeraar UMC te Nijmegen
Zaak : Buitenland, Verenigde Staten, geneeskundige zorg, revalidatie, fysiotherapie,
farmaceutische zorg, optologische zorg, GGZ-zorg, zittend ziekenvervoer, eigen risico,
alternatieve geneeswijzen, mondzorg, opzegging verzekering, terugbetaling ten onrechte
betaalde premie
Zaaknummer : 201400055
Zittingsdatum : 14 januari 2015 en 20 mei 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007-2012, artt. 10, 11 en 19 Zvw, 2.1, 2.4, 2.6, 2.8, 2.10, 2.13, 2.14, 2.15, 2.17 en 2.19 Bzv, 2.5, 2.38 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2007-2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

N.V. Zorgverzekeraar UMC te Nijmegen, 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 UMC Zorgverzekering (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 Budget 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft vanaf 2007 veel medische kosten gemaakt, waarvan zij de nota's ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Een deel van deze nota's is niet of niet volledig vergoed. Daarnaast heeft verzoekster haar zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering eind 2012 opgezegd. Hierbij is iets niet goed gegaan, waardoor de ziektekostenverzekeraar deze verzekeringen pas in de loop van 2013 met terugwerkende kracht tot 1 januari 2013 heeft beëindigd. De ziektekostenverzekeraar heeft echter geen premie gerestitueerd. Verzoekster stelt recht te hebben op (volledige) vergoeding van de ingediende nota's en restitutie van de teveel betaalde premie (hierna: de aanspraak).

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 19 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 29 juli 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 oktober 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 november 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 december 2014 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 oktober 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014139916) bij wege van voorlopig advies aan de commissie medegedeeld dat op grond van het dossier niet goed is te beoordelen of de door verzoekster gedeclareerde zorg onder de zorgverzekering valt. Het Zorginstituut raadt de commissie daarom aan de ziektekostenverzekeraar een overzicht te laten maken van de volgens verzoekster openstaande declaraties waaruit ook blijkt welke behandelingen zijn uitgevoerd en op grond van welke indicatie. Hierbij wordt opgemerkt dat de kosten van alternatieve geneeswijzen en mondzorg in ieder geval niet onder de zorgverzekering vallen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 december 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 14 januari 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Verzoekster heeft de commissie op 14 januari 2015 de ter zitting toegezegde informatie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 15 januari 2015 per e-mail naar de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 19 januari 2015 de ter zitting toegezegde informatie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 22 januari 2015 naar verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen twee weken te reageren.
- 3.12. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 5 februari 2015 gereageerd op de in 3.11 genoemde informatie van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is op 13 februari 2015 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.13. Bij brief van 13 februari 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 aantekeningen en de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies.
Bij brief van 23 februari 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van het verzoek, omdat de openstaande posten in de lijst van de ziektekostenverzekeraar conform de regels van de Zorgverzekeringswet lijken te zijn afgehandeld.
Een afschrift van dit advies is op 24 februari 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 27 februari 2015, 3, 10, 17 en 19 maart 2015 op het definitief advies gereageerd. Verzoekster heeft in haar reactie onder meer de commissie verzocht een tweede hoorzitting te houden. Afschriften van de reactie van verzoekster zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.14. De commissie heeft, naar aanleiding van het verzoek van verzoekster daartoe, besloten een tweede hoorzitting in te plannen. Partijen zijn hiertoe uitgenodigd in persoon te verschijnen.
- 3.15. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 31 maart 2015 verzocht voorafgaand aan de hoorzitting relevante stukken over te leggen, met name ter zake van de destijds aan

verzoekster verleende toestemming om de revalidatiebehandeling in de Verenigde Staten te mogen ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 mei 2015 diverse stukken gestuurd. Afschriften van deze stukken zijn bij brief van 13 mei 2015 aan verzoekster gestuurd.

- 3.16. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2015 in persoon gehoord. Tijdens de hoorzitting van 20 mei 2015 heeft verzoekster gevraagd of zij haar aantekeningen van de destijds gevoerde telefoongesprekken alsnog mag inbrengen. De commissie heeft haar hiervoor toestemming gegeven. Hierbij is afgesproken dat zij deze stukken aan de commissie zal sturen, waarna de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 21 mei 2015 heeft de commissie aan verzoekster medegedeeld dat voornoemde informatie uiterlijk 4 juni 2015 door de commissie moet zijn ontvangen.
- 3.17. Verzoekster heeft de commissie op 21 en 29 mei, en 3 en 4 juni 2015 e-mailberichten gestuurd, echter zonder hierbij de door haar toegezegde telefoonnotities over te leggen. Verzoekster verklaart in voornoemde berichten dat zij deze ook niet zal insturen. De commissie heeft verzoekster ter zitting geen toestemming gegeven voor het aanleveren van informatie anders dan haar telefoonnotities. De informatie die in voornoemde e-mailberichten staat vermeld, wordt daarom buiten de procedure gelaten.
- 3.18. De commissie heeft de telefoonnotities, waarvan verzoekster ter zitting had gevraagd deze alsnog te mogen inbrengen, niet binnen de gestelde termijn van haar ontvangen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft in 2007 een ongeval gehad, waarbij zij hersenletsel heeft opgelopen. Zij is vervolgens in Nederland behandeld in een revalidatiecentrum. Gedurende deze behandeling is verzoekster gebleken dat de zorgaanbieder frauduleus handelde door behandelingen bij de ziektekostenverzekeraar te declareren die niet werkzaam waren, dan wel niet werden uitgevoerd. Verzoekster heeft dit gemeld bij de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens is zij met de ziektekostenverzekeraar op zoek gegaan naar een voor haar passende behandeling. Zij kon hiervoor terecht in een ander Nederlands revalidatiecentrum, maar hiervoor bestond een wachtlijst van een half jaar. In de Verenigde Staten (New York) bleek ook een passende behandeling mogelijk, waar verzoekster bovendien veel sneller terecht kon. Verzoekster benadrukt dat zij deze behandeling is gestart met toestemming van de ziektekostenverzekeraar en dat op voorhand is toegezegd dat een eventuele verlenging van de behandeling ook zou worden vergoed. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd de kosten te vergoeden van onder andere psychische begeleiding en optometrische trainingen, welke behandelingen door de Amerikaanse zorgaanbieder als voorwaarde voor deelname aan het revalidatieprogramma werden gesteld.
- 4.2. In 2009 is verzoekster, met toestemming van de ziektekostenverzekeraar, naar de Verenigde Staten gegaan om het betreffende revalidatieprogramma te volgen. Naast dit programma diende verzoekster zich ter zake van haar visus en het lezen en schrijven te laten begeleiden door een (neuro)psycholoog. De ziektekostenverzekeraar heeft voor haar uitgezocht dat dit het beste buiten het revalidatiecentrum kon plaatsvinden. Dit leidde tot onder andere GGZ zorg en optologie.
- 4.3. De behandeling in de Verenigde Staten sloeg goed aan en diende te worden verlengd. Verzoekster heeft daarom telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Eerst is haar verteld dat alles zou worden geregeld, maar later wilde de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster naar Nederland zou terugkeren voor verdere behandeling. Verzoekster had echter een rapport nodig als eindbeoordeling en startpunt voor revalidatie elders. Haar is toegezegd dat de kosten van dit rapport zouden worden vergoed als zij een fax zou sturen met daarbij een brief van haar Nederlandse neuroloog en een arts van de Amerikaanse zorgverlener. Verzoekster heeft hiervoor op 19 augustus 2009 zorg gedragen. De testen vonden aansluitend plaats in Phoenix, Arizona. De kosten hiervan zijn niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Ook het verlengingsverzoek is afgewezen. Verzoekster moest daarom terugkeren naar Nederland, waar zij door het UWV volledig

is afgekeurd in het kader van de WIA. Dit ondanks de progressie die zij in de Verenigde Staten had bewerkstelligd. Terug in Nederland had verzoekster niets om op terug te vallen en kon zij zich nauwelijks staande houden. Ook kon zij niet verder communiceren met de ziektekostenverzekeraar. Voorheen werd dit namelijk door een team van de ziektekostenverzekeraar gedaan, maar dit team was intussen blijkbaar opgeheven.

4.4. In de zomer van 2010 heeft verzoekster een tweede ongeval gehad. Zij vermoedt dat haar lichaam dit niet goed heeft kunnen opvangen, omdat zij onvoldoende was gerevalideerd. Verzoekster heeft geweigerd een ambulance te laten komen en - behoudens een avond in het ziekenhuis - iedere medische zorg afgeslagen. Dit uit vrees dat de hieraan verbonden kosten niet zouden worden vergoed. Verzoekster heeft bij het ongeval enkele ribben gebroken. Hiermee begon voor haar opnieuw een moeizame periode.

4.5. Verzoekster heeft tot en met 2013 geprobeerd er met de ziektekostenverzekeraar uit te komen, maar dit is niet gelukt omdat de personen met wie zij destijds contact had niet meer werkzaam zijn bij de ziektekostenverzekeraar.

4.6. Verzoekster vordert thans een bedrag van totaal € 11.621,88 van de ziektekostenverzekeraar. Dit bedrag is als volgt opgebouwd.

- De kosten van de rapportage die in de Verenigde Staten is gemaakt, ten bedrage van € 1.629,62, zijn niet vergoed.
- Drie behandelingen fysiotherapie ad € 36,94 uit 2011 zijn niet vergoed, ondanks dat verzoekster hiervoor een machtiging heeft ontvangen van de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster vielen de behandelingen onder de aanvullende ziektekostenverzekering en zijn deze daarom ten onrechte ten laste van het eigen risico gebracht.
- Van de gedeclareerde tandartskosten is een bedrag van € 4,09 minder vergoed dan waarop verzoekster op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft.
- Van twee declaraties van het St. Lucas Andreas ziekenhuis van 8 juni 2010, ten bedrage van € 123,33 en € 30,40 is een bedrag van € 138,65 bij verzoekster geïncasseerd, terwijl ziekenhuiszorg volledig gedekt is onder de zorgverzekering.
- De kosten van het geneesmiddel Tramadol ®, van € 26,35, zijn bij verzoekster geïncasseerd, terwijl zij aanspraak heeft op volledige vergoeding van geneesmiddelen.
- Bij vier behandelingen fysiotherapie in 2010 is per behandeling een bedrag van € 2,- te weinig vergoed, terwijl zij aanspraak heeft op volledige vergoeding.
- Van een nota van € 1.545,- voor eigen vervoer of overige hulp in 2009 is slechts € 70,- vergoed.
- Van een nota van € 2.890,- voor eigen vervoer of overige hulp in 2009 is niets vergoed.
- De kosten die zijn gemaakt voor optologische zorg in 2008 zijn niet vergoed. Deze zorg zou eigenlijk in het revalidatiecentrum worden verleend, maar in overleg met de ziektekostenverzekeraar is er - om kosten te besparen - voor gekozen deze zorg buiten het revalidatiecentrum te betrekken. Deze kosten bedragen € 896,75.
- Een behandeling fysiotherapie in 2007 van € 70,- is niet vergoed, omdat verzoekster een betalingsherinnering ter declaratie had ingezonden. De originele nota had zij echter al eerder

ingestuurd. Verzoekster heeft hierop een nieuwe nota opgevraagd bij de zorgverlener en die aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- Een nota voor psychologische zorg in 2008, ten bedrage van € 200,--, is niet vergoed. Deze zorg zou in het revalidatiecentrum worden verleend, maar dit bleek niet mogelijk. Verzoekster kon deze zorg - in afwachting van een plek in een ander revalidatiecentrum - echter wel extern afnemen.
- Twee nota's voor psychologische zorg in 2009, van € 1.275,-- en € 1.700,-- zijn evenmin vergoed.
- Van een nota voor optologische zorg is een bedrag van € 29,-- vergoed als zijnde chiropractie, terwijl verzoekster een machtiging heeft voor volledige vergoeding van deze zorg. Door deze verkeerde classificatie is een nota voor chiropractie niet vergoed, omdat de maximale vergoeding hiervoor al zou zijn bereikt.
- Van een nota voor preventie/sportgeneeskunde van € 300,-- is een bedrag van € 55,-- vergoed als zijnde alternatieve geneeswijze. Door deze onjuiste classificatie is een nota voor chiropractie niet vergoed, omdat de maximale vergoeding hiervoor al zou zijn bereikt.
- Een nota ter zake van alternatieve geneeswijzen (2009) is vergoed als zijnde chiropractie, waardoor de maximale vergoeding voor chiropractie eerder is volgelopen. De hierdoor misgelopen vergoeding bedraagt € 29,--.
- Drie nota's voor alternatieve geneeswijzen (2009) zijn vergoed als zijnde chiropractie, waardoor de maximale vergoeding voor chiropractie eerder is volgelopen. De hierdoor misgelopen vergoeding bedraagt € 87,--.
- Een nota voor optologische zorg van € 475,-- is niet vergoed.
- Een nota voor homeopathie van € 110,-- (vier consulten) is ten onrechte vergoed als zijnde chiropractie. Door deze verkeerde classificatie zijn deze consulten niet vergoed, omdat de maximale vergoeding voor chiropractie al zou zijn bereikt. Verzoekster vordert daarom vergoeding van deze kosten, alsmede vergoeding van € 29,-- voor een behandeling chiropractie die niet werd vergoed door voornoemde verkeerde classificatie.
- Van de vijf in november 2009 ingediende nota's zijn er slechts twee op het vergoedingen-overzicht vermeld. De overige drie nota's bedragen in totaal € 123,10.
- Van een aantal nota's die verzoekster eerder ter declaratie heeft ingediend, heeft zij nog steeds geen bericht ontvangen, ondanks dat zij - na telefonisch overleg met de ziektekostenverzekeraar - opnieuw originelen heeft ingestuurd. Het betreft: i) vier nota's voor homeopathie (2008) in totaal € 112,50, ii) EEG ad € 340,--, iii) oogcorrecties en oefeningen ad € 56,25, iv) psycholoog (deel 1, diverse sessies) ad € 850,--, en v) psycholoog (deel 2, vervolgssessies) ad € 1.700,--.
- Eén maandpremie (maart 2009) is tweemaal betaald bij de overgang van betaling per acceptgiro naar automatische afschrijving. Dit betreft een bedrag van € 108,25.

4.7. Daarnaast vordert verzoekster terugbetaling van de door haar betaalde premie voor 2013. Verzoekster heeft eind 2012 de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering opgezegd. Deze opzegging is evenwel niet goed verwerkt, waardoor de premie nog een aantal keren van haar rekening werd afgeschreven. Verzoekster heeft hierover meerdere keren contact gehad met de ziektekostenverzekeraar en uiteindelijk zijn beide verzekeringen met terugwerkende kracht tot 1 januari 2013 beëindigd. De door haar voor 2013 betaalde premie heeft zij echter niet retour ontvangen.

- 4.8. De ziektekostenverzekeraar vordert een bedrag van € 220,- van verzoekster voor het over 2012 verschuldigde eigen risico. Deze vordering is echter al verrekend met niet aan verzoekster uitbetaalde vergoedingen. Dit blijkt uit de brief van 28 augustus 2013. De vordering is dus onterecht ingesteld.
- 4.9. Tijdens de hoorzitting op 14 januari 2015 is door verzoekster benadrukt dat voor haar het belangrijkste punt is dat de ziektekostenverzekeraar op basis van de verzekeringsvoorwaarden het revalidatieprogramma acuut heeft gestopt, terwijl de afspraak voor vergoeding van dit programma was gemaakt buiten de polisvoorwaarden om, met als doel dat verzoekster binnen twee jaar weer hersteld zou zijn. Verzoekster wilde zo snel mogelijk herstellen omdat zij haar BIG-registratie dreigde te verliezen. Daarnaast hoefde zij nog maar een half jaar om haar PhD te behalen. Verzoekster kon na haar ongeval niet meer lezen of schrijven. Zij is aanvankelijk door de medisch adviseur en een team van de ziektekostenverzekeraar begeleid. Nadien moest zij, in de relatie met EuroCross, echter optreden als haar eigen coördinator. Later bleek haar dat zowel de medisch adviseur als bijna het hele team niet meer werkzaam was bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster benadrukt dat zij voorafgaand verschillende therapieën moest volgen om te kunnen deelnemen aan het revalidatieprogramma. Deze therapieën maken dus deel uit van het revalidatieprogramma. De ziektekostenverzekeraar wil de kosten hiervan echter niet vergoeden. Verzoekster werd in New York behandeld. Voor de evaluatierapportage moest zij echter naar Phoenix, omdat de arts die dit programma heeft opgesteld aldaar is gevestigd. Hij zou de evaluatie doen, hetgeen ook bekend was bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster benadrukt voorts dat zij in Nederland niet (goed) kon worden behandeld. Bovendien declareren Nederlandse revalidatie-instellingen behandelingen die niet hebben plaatsgevonden, om zo de begroting sluitend te krijgen. Nadat verzoekster terugkwam in Nederland kon zij hier niet meer behandeld worden, omdat zij na terugkomst uit de Verenigde Staten in een bepaald behandeltraject zat. Verzoekster merkt op dat het hier niet gaat over wat er in de de polisvoorwaarden is geregeld, maar om het feit dat zij verder kan met haar leven. Samengevat gaat de onderhavige kwestie over het acuut stoppen van de revalidatie, de openstaande posten ten bedrage van ongeveer € 11.000,- en de premie van de maand maart 2009. Daarnaast gevraagd zegt verzoekster toe de commissie een lijst te sturen met de namen van de personen die destijds in het 'medische team' van de ziektekostenverzekeraar zaten.
- 4.10. Verzoekster heeft de commissie - zoals toegezegd tijdens voornoemde hoorzitting - de namen gestuurd van de zes medewerkers van de ziektekostenverzekeraar die haar in 2008 en 2009 hebben ondersteund.
- 4.11. Verzoekster heeft met haar e-mailbericht van 5 februari 2015 gereageerd op de door de ziektekostenverzekeraar op 19 januari 2015 toegestuurde nadere informatie. Zij herhaalt hierbij de eerder door haar ingenomen standpunten. Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar haar geen aansluitend alternatief heeft geboden nadat de behandeling in de Verenigde Staten abrupt werd afgebroken. Dit staat haaks op de zorgplicht. Verzoekster stelt dat zij nooit voor de behandeling in de Verenigde Staten zou hebben gekozen als zij geweten had dat er een kans was dat deze behandeling halverwege niet meer zou worden vergoed. Verzoekster benadrukt voorts dat de afspraken met betrekking tot de behandeling in de Verenigde Staten op verzoek van de ziektekostenverzekeraar buiten de polisvoorwaarden om zijn gemaakt. Een en ander is mondeling door de ziektekostenverzekeraar in gang gezet. Het geeft volgens verzoekster te denken dat de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de voortzetting van de behandeling ineens stelt dat er geen ongeclausuleerde toezegging is gedaan. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar destijds heeft gezegd na aanvang van de behandeling te zullen kijken hoe de maximumvergoeding voor het volgende jaar kon worden ingezet voor het vervolg van de behandeling. Verzoekster stelt verder dat de ziektekostenverzekeraar de gemaakte afspraken - gezien diens positie en haar handicaps - behoorlijk had moeten vastleggen.

Volgens de ziektekostenverzekeraar is de bij het Neurotherapie Centrum Hilversum werkzame medewerker die wél voldoet aan de voorwaarden een vrouw. Dit is echter een man en deze was betrokken bij alle behandelingen. Verzoekster herhaalt dat elk van de zorgverleners buiten het "protocol" om was gezocht om een specifieke en adequate behandeling te kunnen bieden en daarom zijn de in de polis genoemde vereisten voor de zorgverleners in haar situatie niet van toepassing.

4.12. In haar reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut heeft verzoekster haar standpunten herhaald. Verzoekster is van mening dat zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut niet helder heeft waar het onderhavige geschil om draait. Het revalidatieprogramma in de Verenigde Staten is niet ingezet in verband met wachtlijstproblematiek, maar om geld te besparen voor de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster stelt voorts dat het Zorginstituut zich baseert op onjuiste feiten en zeer waarschijnlijk onvoldoende is geïnformeerd. Dit wordt door het Zorginstituut deels erkend. Verzoekster meent dat het Zorginstituut ontbrekende informatie had moeten opvragen bij de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast maakt het Zorginstituut niet duidelijk welke punten wel en niet door haar zijn beoordeeld.

4.13. Tijdens de hoorzitting van 20 mei 2015 heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat van tevoren al bekend was dat zij in het kader van de revalidatiebehandeling op verschillende momenten zou worden getest in Phoenix. Uiteindelijk is deze test gebruikt zodat verzoekster naar Nederland kon terugkeren. Zij benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar haar telefonisch heeft toegezegd de kosten van deze test te zullen betalen.

Verzoekster merkt op dat zij het vreemd vindt dat de ziektekostenverzekeraar aanvullende stukken in het geding heeft gebracht, nadat hij eerder had gezegd dat deze stukken niet meer beschikbaar waren.

Verzoekster heeft uitgelegd dat de behandeling in de Verenigde Staten drie fasen kent. In de eerste fase gaat het om het leren omgaan met de 'unawareness of deficit'. Deze fase duurt 20 weken. Sommige patiënten gaan daarna door naar de tweede fase. Deze moet direct volgen op de eerste fase. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft destijds gezegd dat een en ander buiten de polisvoorwaarden om zou gaan. Verzoekster is in 2009 gestart met het programma. In de zomer zou, volgens de medisch adviseur, eventueel het budget voor 2010 naar voren worden gehaald. Verzoekster zou nooit aan dit revalidatieprogramma zijn begonnen als zij had geweten dat de kosten hiervan niet door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed. Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar haar toestemming heeft verleend voor de eerste fase van twintig weken, met eventueel verlenging en alles hieromheen.

Verzoekster vertelt dat zij ten tijde van de aanvraag bijna niets meer kon. Zij is er daarom vanuit gegaan dat de ziektekostenverzekeraar alles behoorlijk zou vastleggen. De gemaakte afspraken blijken volgens haar ook uit het vervolg.

De aanvraag uit 2009 ziet alleen op de eerste fase. Het op de aanvraag genoemde bedrag van \$ 59.000,- ziet dus ook alleen op de eerste fase. Deze fase betreft 400 behandelingen. Er is toestemming gegeven voor individuele behandeling, omdat het anders nooit binnen twintig weken had gekund. Ook hieruit blijkt dus dat de aanvraag alleen betrekking had op de eerste fase. Verzoekster merkt op dat zij het vreemd zou vinden als de medisch adviseur geen plan zou hebben gehad voor haar terugkeer naar Nederland in 2009. Zij heeft destijds gebeld met de ziektekostenverzekeraar, maar toen bleek de medisch adviseur niet meer aldaar werkzaam te zijn. Voorts bleek dat niemand het dossier van verzoekster had overgenomen van de medisch adviseur. Verzoekster benadrukt nogmaals dat voor alle gevorderde kosten geldt dat het "buiten-protocollaire" vergoedingen betreft die dus niet langs de polisvoorwaarden kunnen worden gelegd. Zij dacht dat dit bij de vorige hoorzitting duidelijk was geworden voor de ziektekostenverzekeraar, en dat de aard van de vergoedingen toen helder was geworden. Dit blijkt niet het geval te zijn, gezien de reactie van 19 januari 2015. Verzoekster is bang dat zij, door hier inhoudelijk op te reageren, het voor haarzelf onmogelijk maakt.

Ten aanzien van de gevorderde premierestitutie merkt verzoekster op dat zij dubbel premie heeft betaald, zodat het logisch is dat zij het teveel betaalde teruggeist.

Volgens verzoekster blijkt het door haar gestelde uit de telefoonnotities die zij heeft gemaakt. Deze wenst zij daarom alsnog in te brengen.

4.14. 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 stelt dat alle door verzoekster gedeclareerde kosten zijn vergoed conform de geldende verzekeringsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster een overzicht gestuurd van alle declaraties die vanaf 1 januari 2009 zijn verwerkt.

5.2. Verzoekster heeft op 12 januari 2009 een machtiging aangevraagd voor revalidatie in de Verenigde Staten. Deze machtiging is door de ziektekostenverzekeraar verleend. Op 19 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster een bedrag van € 31.369,-- betaald voor deze zorg. Dit is de maximale vergoeding conform het Nederlandse tarief.

De aanvraag voor verlenging van deze revalidatiebehandeling is afgewezen, omdat de vervolgbehandeling ook in Nederland kon plaatsvinden met reguliere fysiotherapie. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar nooit een verwijzing, indicatiestelling of medisch rapport ontvangen voor de revalidatie.

5.3. De kosten die verzoekster heeft gemaakt voor het optologisch onderzoek zijn niet gedekt onder de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarom komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

5.4. De gedeclareerde kosten voor GGZ-zorg zijn niet vergoed omdat de ziektekostenverzekeraar hiervoor geen indicatie, verwijzing of behandelplan heeft ontvangen. Daarom kan niet worden beoordeeld of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van deze zorg.

5.5. Bij brief van 17 juni 2013 zijn de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster met terugwerkende kracht tot 1 januari 2013 beëindigd. Bij brieven van 30 juli en 28 augustus 2013 is aan verzoekster een factuurspecificatie van haar premie over 2013 gezonden. Hierin is vermeld dat over de maanden januari tot en met juni 2013 voor de zorgverzekering een bedrag van € 643,50 open stond en voor de aanvullende ziektekostenverzekering € 107,70. Vanwege de beëindiging met terugwerkende kracht wordt hierop een bedrag van € 751,20 in mindering gebracht. Er zijn derhalve geen openstaande posten meer voor de premie. Verzoekster stelt dat zij de door haar betaalde premie nog terug moet ontvangen. Er zijn destijds inderdaad maandpremies van haar rekening afgeschreven, maar deze zijn door verzoekster gestorneerd. Per saldo is in 2013 geen premie betaald aan de ziektekostenverzekeraar en daarom heeft verzoekster geen recht op premierestitutie.

5.6. Bij brief van 17 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd over het verschuldigde eigen risico voor 2012 van € 220,00. Deze kosten hebben betrekking op medisch specialistische zorg die is verleend door het AMC Amsterdam.

5.7. Tijdens de hoorzitting op 14 januari 2015 is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat destijds toestemming is gegeven voor revalidatie in de Verenigde Staten, en wel op basis van het Nederlandse tarief. De bestaande wachttijd in Nederland kan hierbij een rol hebben gespeeld. Over de voorafgaande optologische behandelingen en de op de revalidatie volgende neuropathiebehandelingen is niets terug te vinden. Eerst in 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag ontvangen voor (voortzetting van) de revalidatie.

De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting een toelichting willen geven op de diverse declaraties. Op verzoek van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd dit na afloop schriftelijk te zullen doen.

Ten aanzien van het dubbel betalen van de premie voor de maand maart 2009 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de premie weliswaar tweemaal is voldaan, maar dat de tweede betaling is verrekend met de premie van de maand april 2009, die niet werd geïncasseerd.

5.8. Naar aanleiding van de hoorzitting op 14 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 19 januari 2015 de commissie een puntsgewijze reactie gegeven op de door verzoekster gevorderde kosten. Deze is vermeld onder 5.9. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat de Zvw hem niet toestaat meer te vergoeden dan in de wet is opgenomen. Op grond van de polisvoorwaarden wordt voor zorg in het buitenland maximaal het Nederlandse wettelijke of marktconforme tarief vergoed. Sinds 2009 geldt voor revalidatiezorg het systeem van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Een DBC heeft een looptijd van 365 dagen. Het wettelijk maximumbedrag voor een DBC poliklinische revalidatie (declaratiecode 142025) was in 2009 € 31.524,--. Dit bedrag geldt voor meer dan 299 revalidatiebehandeluren. Er is gedurende 365 dagen geen mogelijkheid voor een hogere vergoeding.

Verzoekster is in 2008 door de neuroloog, in afwachting van de revalidatie in Heliomare, verwezen naar het Neurotherapie Centrum Hilversum. Er is aldaar geen sprake van het verlenen van specialistische GGZ. De twee mannelijke behandelaars van dit centrum zijn geen gezondheidspsycholoog, klinisch psycholoog of eerstelijnspsycholoog, zoals vermeld in de polisvoorwaarden. De vrouwelijke behandelaar van dit centrum is wel een gezondheidszorgpsycholoog. De onderhavige zorg zou als eerstelijnspsychologie kunnen worden beschouwd, indien deze door de vrouwelijke behandelaar is verleend. In 2008 kwamen maximaal acht zittingen eerstelijnspsychologische hulp voor vergoeding in aanmerking. Volgens verzoekster was deze zorg echter bedoeld als een soort revalidatiezorg en heeft de medisch adviseur telefonisch een vergoeding van deze zorg toegezegd. De ziektekostenverzekeraar acht het niet aannemelijk dat ter zake een ongeclausuleerde toezegging is gedaan zonder een maximum aantal, een maximum bedrag en/of maximum termijn te noemen, terwijl in 2008 wel maximale aantallen zijn gesteld voor de revalidatiebehandeluren in de Nederlandse revalidatie-instellingen.

De ziektekostenverzekeraar heeft voorts geen aanwijzingen gevonden dat in verband met de optologische trainingen in 2009 zijnerzijds toezeggingen zijn gedaan. Deze trainingen zijn geen verzekerde zorg.

Evenmin is gebleken van een toezegging in 2009 voor vergoeding van een evaluatie en het rapport door dr. Prigatano van het Barrow Neurological Institute te Phoenix.

5.9. Hieronder volgt de puntsgewijze toelichting van de ziektekostenverzekeraar op het totaaloverzicht van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar tekent hierbij aan dat verzoekster in haar overzicht de bedragen van € 2.890,--, € 200,--, € 70,-- en € 29,-- dubbel heeft geteld.

1. € 36,94 voor een zitting manuele therapie is betaald aan de zorgaanbieder en bij verzoekster in rekening gebracht. Verzoekster heeft genoemd bedrag voldaan, maar op 18 augustus 2011 is dit bedrag weer aan verzoekster betaald. De ziektekostenverzekeraar gaat het bedrag niet nogmaals aan verzoekster vergoeden.
2. € 73,88 voor twee zittingen manuele therapie. Hiervoor geldt hetzelfde als voor het vorige punt. Het bedrag is op 18 augustus 2011 aan verzoekster betaald.
3. € 4,09 voor tandartskosten. Volgens de verzekeringsvoorwaarden komen de kosten van polijsten (verrichting V40) niet voor vergoeding in aanmerking.
4. € 138,65 voor ziekenhuiskosten. Deze kosten, die aan de zorgaanbieder zijn vergoed, komen ten laste van het eigen risico 2010 en zijn daarom bij verzoekster in rekening gebracht.
5. € 26,35 voor medicijnkosten. Deze kosten komen ten laste van het eigen risico 2010.
6. € 4,-- voor twee zittingen fysiotherapie in april 2010. De kosten per zitting bedragen € 28,--. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt per zitting € 26,-- vergoed. Verzoekster heeft de maximale vergoeding ontvangen.
7. € 4,-- voor twee zittingen fysiotherapie in december 2009. De kosten per zitting bedragen € 28,--. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt per zitting € 26,-- vergoed. Verzoekster heeft de maximale vergoeding ontvangen.
8. € 1.475,--. Het bedrag van € 1.545,-- betreft de rekeningen van € 70,-- (een betalingsherinnering fysiotherapie van 2007 die niet voor vergoeding in aanmerking komt), € 200,-- (intake/

psychodiagnostisch onderzoek Hersencentrum 2008) en € 1.275,-- (Neurotherapie Centrum Hilversum). Van de totale declaratie die verzoekster op 12 december 2009 heeft ingediend (€ 3.368,50) is in eerste instantie niets vergoed. Later is van de nota van het Hersencentrum € 70,-- vergoed. Dit was na aftrek van € 10,-- wettelijke eigen bijdrage de maximale vergoeding voor een eerstelijnspsychologisch consult in 2008. Zoals onder 5.8 is vermeld, zou verzoekster, indien de zorg bij het Neurotherapie Centrum Hilversum is verleend door de vrouwelijke zorgverlener, aanspraak kunnen maken op vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg. Deze vergoeding zou dan maximaal € 490,-- (7 x € 70,--) bedragen.

9. € 2.890,--. Dit bedrag betreft de zorg die verzoekster ook bij het bedrag van € 3.058,75 (zie punt 20) vermeldt: € 340,-- voor EEG 2008 door Neurotherapie Centrum Hilversum. Dit is geen zorgaanbieder voor medisch specialistische zorg als bedoeld in de voorwaarden. De declaratie bevat geen verrichtingencode of het bijbehorende tarief. Hiervoor is geen vergoeding mogelijk. € 850,-- en € 1.700,-- voor psychologische consulten bij het Neurotherapie Centrum Hilversum. Hiervoor geldt hetzelfde als voor punt 8. De ziektekostenverzekeraar heeft geen toezegging gedaan en er is geen verdere vergoeding mogelijk.
10. € 896,75 voor optologische onderzoeken en behandelingen in 2008. Er bestaat geen aanspraak op deze zorg. Er is niet toegezegd dat deze kosten worden vergoed. Een bedrag van € 500,-- is overigens op geen enkele wijze gespecificeerd.
11. € 70,-- voor fysiotherapie is dubbel geteld, zie punt 8. De herinnering werd niet vergoed; de originele rekening is door de ziektekostenverzekeraar niet eerder dan met de e-mail van januari 2013 ontvangen. De ziektekostenverzekeraar wil verzoekster echter hierin tegemoetkomen en zal conform de voorwaarden van 2007 voor deze nota alsnog in totaal € 64,-- (twee maal het maximum van € 25,-- per zitting en € 14,-- voor de screening) vergoeden.
12. € 200,-- van het Hersencentrum is dubbel geteld, zie punt 8. Uiteindelijk is een bedrag van € 70,-- vergoed als eerstelijnspsychologisch consult.
13. € 123,50 voor optologische zorg in 2009 is per vergissing als natuurgeneeskunde verwerkt. De maximale vergoeding van € 29,-- per consult voor alternatieve geneeswijze is verleend. Er zijn geen toezeggingen gedaan. De ziektekostenverzekeraar vergoedt het restant niet. Dat deze vergoeding ten koste zou zijn gegaan van de chiropractiebehandelingen is niet correct. Deze vergoedingen zijn apart berekend. Met de vermelding "maximale vergoeding is bereikt" wordt de maximale vergoeding per consult/behandeling bedoeld. Zie hiervoor de verzekeringsvoorwaarden UMC Budget 2009.
14. € 29,-- voor zorg in 2009. (bijlage 4: declaratie totaal € 540,--). Volgens verzoekster komt zij een vergoeding van € 29,-- voor chiropractie tekort. Over 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar in totaal negen chiropractiebehandelingen tot het maximum van € 29,-- per keer vergoed. De behandeldata zijn 6-1, 27-1, 24-2, 28-9, 9-10, 2-11, 20-11, 24-11 en 1-12-2009. Als verzoekster beschikt over een declaratie met een datum die hier niet is vermeld, kan zij deze naar de ziektekostenverzekeraar sturen. De kosten van de sportgeneeskundige hulp van € 300,-- zijn als sportgeneeskundige hulp verwerkt. Hiervoor is het maximumbedrag van € 55,-- conform de voorwaarden vergoed.
15. € 29,-- voor osteopathie in 2009 (declaratie € 90,--). Dit is volgens de verzekeringsvoorwaarden de maximale vergoeding voor een osteopathiebehandeling. Deze vergoeding is niet ten koste gegaan van de vergoedingen voor chiropractie, zie punt 14.
16. € 87,-- voor declaraties chiropractie in 2009 (drie maal € 50,--); deze kosten zijn vergoed: drie maal maximaal € 29,--. Dit bedrag is opgenomen in de betaling van € 171,--.
17. € 475,-- voor optologische zorg in 2009 (eenmaal € 97,-- en zeven maal € 54,--); geen vergoeding toegezegd, geen vergoeding mogelijk omdat deze zorg niet in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen.
18. € 139,-- voor kosten homeopathie in 2008. Verzoekster telt hier de volgens haar ontbrekende € 29,-- voor chiropractie dubbel. De ziektekostenverzekeraar heeft de originele nota homeopathie van 11 februari 2008 van € 110,-- niet eerder ontvangen. De ontvangen nota van € 110,--

van 18 februari 2009 is kennelijk ten onrechte als origineel beschouwd en hiervoor is de maximale vergoeding van € 29,-- betaald. Deze vergoeding is niet ten koste gegaan van de chiropractievergoedingen.

De ziektekostenverzekeraar wil verzoekster tegemoetkomen in deze kosten van homeopatie in 2008 en haar alsnog € 81,-- vergoeden.

19. € 123,10 voor zorg. Het betreft kosten tandheelkunde 2007 (€ 63,30) en onbekende kosten (€ 59,80) van 2006 of eerder. Het bedrag van € 63,30 is vanuit het oude systeem vergoed. De ziektekostenverzekeraar weet niet welke zorg de oude nota van € 59,80 betreft. De nota komt niet voor vergoeding in aanmerking omdat deze niet binnen drie jaar na de datum van 1 januari 2006 is ontvangen.

20. € 3.058,75 voor kosten in 2008, 2009 en 2010. Hiervan is door verzoekster een bedrag van € 2.890,-- dubbel geteld, zie punt 9. Het bedrag van € 56,25 betreft optologie. Geen vergoeding toegezegd. Geen vergoeding mogelijk, zie de punten 10 en 17. Het bedrag van € 112,50 betreft homeopathie in 2008. De declaratie van 25 maart 2008 is niet eerder ontvangen. De ziektekostenverzekeraar wil verzoekster tegemoetkomen en alsnog € 110,-- voor deze nota vergoeden. Het flesje van € 2,50 komt niet voor vergoeding in aanmerking.

21. € 108,25 ter zake van de premie voor 2009. Zoals besproken, is de dubbele betaling in maart verrekend met de premie van een latere maand. In totaal heeft de ziektekostenverzekeraar over 2009 de verschuldigde maandpremies (12 x € 108,25) ontvangen. Als verzoekster haar stelling handhaaft dat zij dertien maal de maandpremie heeft betaald, dan ontvangt de ziektekostenverzekeraar daar graag de betaalbewijzen van.

22. € 1.629,62 voor een evaluatie en rapport in de Verenigde Staten. Er is geen vergoeding toegezegd. Overigens zijn kosten van schriftelijke verklaringen volgens de verzekeringsvoorwaarden van 2009 van vergoeding uitgesloten.

5.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie - desgevraagd - bij brief van 11 mei 2015 aanvullende stukken gestuurd, ter zake van de aanvraag voor de in 2009 aangevragen revalidatiebehandeling in de Verenigde Staten. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar de beslissing van 27 februari 2009 gevoegd, waaruit blijkt dat de kosten van deze behandeling worden vergoed tot een maximumbedrag. Het tarief voor deze DBC in Nederland bedraagt € 31.524,--. Dit is de maximale vergoeding die voor deze behandeling wordt toegekend. Het eventueel resterende bedrag komt voor rekening van verzoekster, ook als sprake mocht zijn van (onverhoopte) complicaties.

5.11. Tijdens de hoorzitting op 20 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanvraag voor het onderzoek in Phoenix in 2009 door hem is afgewezen. Ter onderbouwing hiervan legt hij de aanvraag voor dit onderzoek en de afwijzende beslissing hierop van 25 augustus 2009 over. Deze beslissing is naar het huisadres van verzoekster gestuurd. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend of deze indertijd ook naar verzoekster in de Verenigde Staten is gefaxt. Als dit niet is gebeurd, is dit niet netjes. Verzoekster had evenwel voor waarneming kunnen zorgdragen. Bovendien is nimmer goedkeuring gegeven, zodat verzoekster had moeten aannemen dat deze was onthouden.

In 2009 is aanvankelijk een aanvraag gedaan voor groepsrevalidatie. Later is dit gewijzigd in een individuele behandeling gedurende twintig weken. Soms zal dan nog een vervolgbehandeling nodig zijn, maar hiervoor is door de ziektekostenverzekeraar nooit een aanvraag ontvangen.

De aanvraag voor de revalidatiebehandeling in 2009 ziet op een bedrag van \$ 59.000,--. De medisch adviseur zal hebben gedacht dat het hierbij ging om de totale kosten van de behandeling. Er staat ook dat dit de volledige behandeling betreft. Verzoekster mocht er dus niet op vertrouwen dat ook de eventuele volgende fasen zouden worden vergoed.

Ten aanzien van de door verzoekster gestelde dubbel betaalde premie merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de premie van 2009 is verrekend. In 2013 heeft verzoekster de afgeschreven bedragen laten storeren, zodat per saldo geen premie is betaald.

De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de stellingen van verzoekster ten aanzien van de toezeggingen op geen enkele wijze worden gestaafd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 11 van de zorgverzekering (2008) en 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2008) 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 de polisvoorwaarden van de jaren 2009, 2010, 2011 en 2012 zijn vergelijkbare bepalingen opgenomen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op restitutie van de voor het jaar 2013 betaalde premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede op vergoeding van een bedrag van € 11.621,88 voor door haar gedeclareerde zorgkosten, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering (2009) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 12 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:
- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
(...)”

8.4. Artikel 15 van de zorgverzekering (2008) bepaalt dat aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:
vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)

Verwijzing door:
huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.
(...)”

In 2010 was een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel 13 van de zorgverzekering.

- 8.5. In artikel 22 van de zorgverzekering (2008) is de aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg opgenomen, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot ten hoogste 8 zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe, psychische aandoeningen/stoornissen.

Door:

gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog en klinisch psycholoog.

Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De zorg kan plaatsvinden in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

(...)"

- 8.6. In artikel 23 van de zorgverzekering (2008) is de aanspraak op specialistische GGZ opgenomen, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

vergoeding van de kosten van zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Door:

psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.

De zorg kan plaatsvinden in een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk.

(...)"

- 8.7. Artikel 23 van de zorgverzekering (2010) bepaalt dat aanspraak bestaat op fysiotherapie, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Onder deze zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

(...)

U hebt vanaf de tiende behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering staan. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens Bijlage 1.

- U hebt geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eerste negen behandelingen. De kosten hiervan krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

(...)"

In de verzekeringsvoorwaarden voor 2011 is in artikel 24 een vergelijkbare bepaling opgenomen, zij het dat in dat jaar de eerste twaalf behandelingen voor eigen rekening zijn.

- 8.8. Artikel 29 van de zorgverzekering (2010) bepaalt dat aanspraak bestaat op farmaceutische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op vergoeding van de kosten van levering van:

1. de door Zorgverzekeraar UMC op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;

2. een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door Zorgverzekeraar UMC aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door Zorgverzekeraar UMC aangewezen geneesmiddel voor u medisch niet verantwoord is;
3. andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8, eerste lid, onder b van het besluit Zorgverzekering.
(...)"

- 8.9. Artikel 35 van de zorgverzekering (2009) bepaalt dat aanspraak bestaat op ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

1. vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de UMC Zorgverzekering komen;
b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
c. vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1b, naar:
- een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
- een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
d. naar zijn woning of een andere woning, als hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, als hij van een van de personen of instelling komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c;
2. vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer omvat ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance of vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon bij wie of een instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.
(...)"

- 8.10. In artikel 7 van de zorgverzekering (2010) is bepaald dat een verplicht eigen risico van € 165,- per kalenderjaar geldt voor kosten van zorg of overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. In artikel 7 van de zorgverzekering (2012) is bepaald dat dit eigen risico € 220,- per kalenderjaar bedraagt.

- 8.11. Artikel 9 van de zorgverzekering (2009) bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Verzekerde woonachtig in Nederland

De verzekerde die in Nederland woont en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door Zorgverzekeraar UMC is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door Zorgverzekeraar UMC gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
(...)"

- 8.12. In artikel 2.4 van de zorgverzekering (2008) is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. In 2009 is een gelijkkluidende bepaling opgenomen in artikel 2.3 van de zorgverzekering.
- 8.13. Voornoemde artikelen zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.14. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.
Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 Rzv en Bijlage 1 en 2 Rzv.
Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.
Ziekenvervoer, te weten ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer, is naar aard en omvang geregeld in de artikel 2.13, 2.14 en 2.15 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.38 Rzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.
- 8.15. 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.
- 8.16. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010) bepaalt de aanspraak op tandheelkundige zorg, en luidt, voor zover hier van belang:
- "(...)
11.1. *Consulteren van de tandarts (C-codes)*
Vergoeding:
- voor alle pakketten 100% van de kosten voor een periodieke controle, incidenteel consult en schriftelijke medische anamnese (C11, C13, C22);
(...)
11.2. *Preventie/mondhygiëne (M-codes)*
Vergoeding:
voor alle pakketten 100% van de kosten tot een maximum van € 150,- per kalenderjaar (*3).
(...)
11.6. *Restauraties (vullingen) met plastische materialen (V-codes)*
Vergoeding:
80% van de kosten;
Niet vergoed worden:
- een indirecte pulpa-overkapping (V60);
- sealen en polijsten (V30, V35, V40).
(...)"

- 8.17. Artikel 19 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009) bepaalt dat aanspraak bestaat op fysiotherapie, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)
Vergoeding:
(...)
- € 26,-- per zitting voor individuele en psychosomatische fysiotherapie en individuele oefentherapie;
(...)"

In 2010 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel 20 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 8.18. Artikel 46 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2008) regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en luidt, voor zover hier van belang:

"Onder alternatieve geneeswijzen worden verstaan:
1. **Consulten en/of behandelingen door artsen**, niet zijnde huisarts of specialist, acupuncturisten en klassiek homeopaten.
2. **Consulten en/of behandelingen door een therapeut** die behoort tot een door Zorgverzekeraar UMC aangewezen groep van therapeuten (...).
Vergoeding:
100% van de kosten tot maximaal € 29,- per consult tot in totaal € 290,- per verzekerde per kalenderjaar voor uitsluitend de in punt 1 genoemde groepen.
3. **Zorg door een chiropractor (D.C.)**
Vergoeding:
100% van de kosten tot maximaal € 29,- per consult tot in totaal € 290,- per verzekerde per kalenderjaar.
4. **Zorg door een osteopaat (D.O.)**
Vergoeding:
100% van de kosten tot maximaal € 29,- per consult tot in totaal € 290,- per verzekerde per kalenderjaar.
5. **Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen**
Vergoeding:
100% van de kosten tot maximaal € 260,- per verzekerde per kalenderjaar.
(...)"

In 2009 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel 46 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 8.19. Artikel 47 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009) bepaalt dat aanspraak bestaat op sportgeneeskunde, en luidt:

"Omschrijving:
behandelingen, consulten en sportkeuringen.
Door:
sportarts.
Vergoeding:
100% van de kosten tot maximaal € 55,- per verzekerde per kalenderjaar (*3).
Bijzonderheden:
vergoeding uitsluitend indien de sportarts werkzaam is in een Sportmedische instelling, die is aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Instellingen (FSMI)."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de door verzoekster gestelde toezeggingen

- 9.1. Verzoekster stelt dat zij na overleg en met toestemming van de ziektekostenverzekeraar naar de Verenigde Staten is gegaan voor revalidatie. Haar zou op voorhand zijn toegezegd dat een eventuele verlenging van de behandeling aldaar ook zou worden vergoed. In het dossier ontbreken echter de stukken die deze stellingen onderbouwen. Uit de beslissing van 27 februari 2009 blijkt daarentegen dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster heeft medegedeeld dat de kosten van het neuropsychologische trainingsprogramma in de Verenigde Staten worden vergoed tot een maximumbedrag. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de totale kosten van de behandeling volgens de aanvraag meer bedragen dan het in Nederland geldende tarief. Dit tarief bedraagt € 31.524,- voor de volledige behandeling. Eventuele meerkosten komen voor rekening van verzoekster. Tevens wordt gewaarschuwd dat bij eventuele complicaties geen hogere vergoeding wordt toegekend. Verzoekster heeft ter zitting gesteld dat de aanvraag alleen betrekking had op de eerste fase van de revalidatiebehandeling en dat daarom voornoemde vergoeding ook alleen ziet op deze fase. In de aanvraag worden echter alle drie de fasen genoemd en globaal beschreven. Er wordt niet in vermeld dat het hierin genoemde bedrag van \$ 59.050,90 of het aantal genoemde behandeluren (400) alleen betrekking heeft op de eerste fase. Daarnaast is aan verzoekster duidelijk medegedeeld dat voor de volledige behandeling maximaal € 31.524,- wordt vergoed. Uit het dossier is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster heeft toegezegd dat een verlenging van de behandeling in de Verenigde Staten zonder meer zou worden vergoed.
- 9.2. Verzoekster stelt voorts dat zij indertijd met de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken dat alle kosten die verband houden met haar revalidatie in de Verenigde Staten buiten de polisvoorwaarden om zouden worden vergoed. Het betreft hierbij een deel van het gevorderde bedrag van € 11.621,88. In het dossier zijn echter geen stukken aanwezig die de stelling van verzoekster onderbouwen. Ook anderszins is de commissie niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar haar heeft toegezegd de betreffende kosten zonder meer te vergoeden. De commissie zal daarom de gevorderde kosten hierna per onderdeel beoordelen aan de hand van de geldende polisvoorwaarden.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.3. Ten aanzien van de vergoeding van de kosten van de revalidatie in de Verenigde Staten heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat door hem een bedrag van € 31.524,- aan verzoekster is vergoed, hetgeen door haar niet is weersproken. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat dit de maximale vergoeding voor een periode van 365 dagen is conform het Nederlandse tarief voor deze behandeling. Dat voornoemd bedrag het Nederlandse tarief is, heeft verzoekster niet bestreden, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Dat de werkelijke kosten van de onderhavige behandeling hoger uitvallen, is hierbij niet van belang. Aangezien aan verzoekster reeds de maximale vergoeding is toegekend, heeft zij geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Verzoekster vordert vergoeding van de kosten van de evaluatie en de rapportage die in de Verenigde Staten in het kader van de revalidatie is gemaakt (€ 1.629,62). In Nederland worden de kosten van medisch specialistische zorg, waaronder ook revalidatiezorg valt, gedeclareerd en vergoed op grond van Diagnose BehandelCombinaties. Hieraan is een totaal tarief voor de gehele behandeling gekoppeld. Het uitvoeren van een evaluatie en het maken van een rapportage vallen ook onder dit tarief. Aangezien hiervoor is vastgesteld dat de maximale vergoeding conform het Nederlandse tarief al aan verzoekster is vergoed, komen de kosten van de evaluatie en rapportage niet apart voor vergoeding in aanmerking.
- 9.5. Verzoekster stelt verder dat zij met de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken dat zij buiten de revalidatie-instelling psychische en optologische zorg kon betrekken, omdat de kosten hiervan lager zouden zijn dan wanneer deze zorg binnen de revalidatie-instelling werd verleend. Uit de in

het dossier aanwezige stukken blijkt niet dat een dergelijke afspraak is gemaakt met verzoekster. De door verzoekster overgelegde machtigingen uit 2008, die volgens haar betrekking hebben op voornoemde zorg, zien alleen op revalidatie. Hierbij is niet vermeld dat de kosten van psychische of optologische zorg apart worden vergoed.

- 9.6. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 17 december 2014 vastgesteld dat de door optometristen gehanteerde diagnostische technieken tot de geneeskundige zorg behoren. De onderhavige nota's betreffen optologisch onderzoek en optologische trainingen, en controle onderzoek. De commissie concludeert uit het voorgaande dat de geleverde optologische zorg een verzekerde aanspraak kan zijn op grond van de zorgverzekering. In artikel 15 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van medisch specialistische zorg indien sprake is van een verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Een dergelijke verwijzing is niet in het dossier aangetroffen. Daarnaast is uit de nota's niet op te maken op grond van welke indicatie onderzoek is verricht dan wel behandeling heeft plaatsgevonden en/of waaruit het onderzoek dan wel de behandeling heeft bestaan. Nu niet vaststaat dat de voor optologische zorg gedeclareerde kosten onder de dekking van de zorgverzekering vallen, heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van deze kosten. Desalniettemin heeft de ziektekostenverzekeraar kennelijk per abuis, ter zake van een nota van € 123,50 voor optologische zorg in 2009, een bedrag van € 29,- vergoed. De commissie zal in deze beslissing niet treden.
- 9.7. Psychische zorg is een verzekerde aanspraak op grond van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft deze evenwel afgewezen, omdat hiervoor geen verwijzing of behandelplan is ontvangen. Hierdoor kan niet worden beoordeeld of verzoekster een indicatie had voor deze zorg. In het dossier bevindt zich een verwijzing van de neuroloog van 13 november 2008 naar het Neurotherapie Centrum te Hilversum voor de begeleiding van verzoekster in verband met "[onleesbaar] cognitief dysfunctioneren". Dit in afwachting van de multidisciplinaire begeleiding in Heliomare. De commissie is niet bekend of verzoekster deze verwijzing destijds ook naar de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. Uit de informatie van het Neurotherapie Centrum te Hilversum blijkt dat hier met name neurofeedback wordt gegeven. Dit is geen zorg als bedoeld in de artikelen 22 en 23 van de zorgverzekering. Dat sprake is geweest van eerstelijns psychologische zorg, verleend door de daartoe gekwalificeerde medewerker van het centrum, is niet gebleken. Daarom komen de hiermee gemoeide kosten niet voor vergoeding in aanmerking. In de beslissing van de ziektekostenverzekeraar om onder aftrek van de eigen bijdrage een bedrag van € 70,- voor een eerstelijnspsychologisch consult te vergoeden, zal de commissie niet treden.
- 9.8. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij beslissing van 8 juli 2011 een machtiging verleend voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, voor de periode van 5 november 2010 tot en met 4 november 2011. Met de beslissing van 31 mei 2011 zou een bedrag van € 36,94 ter zake van fysiotherapie op verzoekster zijn verhaald. Een (leesbaar) afschrift van deze beslissing is echter niet aanwezig in het dossier, zodat de commissie niet kan beoordelen op grond waarvan de vergoeding is afgewezen. Verzoekster suggereert dat de kosten ten laste van het eigen risico zijn gebracht, hetgeen volgens haar ten onrechte is gebeurd omdat de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering komen. Voornoemde machtiging voor fysiotherapie ziet echter op de zorgverzekering en niet - zoals door verzoekster gesteld - op de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat deze kosten betrekking hebben op één zitting manuele therapie, die rechtstreeks aan de zorgaanbieder zijn vergoed en bij verzoekster in rekening zijn gebracht. Verzoekster heeft het gevorderde bedrag aan de ziektekostenverzekeraar voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bedrag op 18 augustus 2011 aan verzoekster terugbetaald. De commissie stelt vast dat uit het door de ziektekostenverzekeraar op 19 januari 2015 overgelegde overzicht blijkt dat op 18 augustus 2011 inderdaad een bedrag van € 36,94 aan verzoekster is betaald. Verzoekster heeft niet dan wel onvoldoende bestreden dat deze betaling ziet op de onderhavige kosten. De commissie neemt dit daarom als vaststaand aan. Verzoekster heeft om die reden geen aanspraak op vergoeding van het bedrag van € 36,94. Met de beslissing van 19 juli 2011 zijn de kosten van twee behandelingen fysiotherapie ad € 36,94 niet vergoed. Bij de reden van afwijzing staat vermeld: "Deze kosten komen niet (volledig) voor vergoeding in aanmerking, het gedeelte dat volgens de verzekeringsvoorwaarden voor eigen

rekening blijft, hebben wij voorgeschoten aan de zorgverlener." De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat deze kosten betrekking hebben op twee zittingen manuele therapie, die rechtstreeks aan de zorgaanbieder zijn vergoed en bij verzoekster in rekening zijn gebracht. Verzoekster heeft het gevorderde bedrag aan de ziektekostenverzekeraar voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft ook dit bedrag op 18 augustus 2011 aan verzoekster terugbetaald. De commissie stelt vast dat uit het door de ziektekostenverzekeraar op 19 januari 2015 overgelegde overzicht blijkt dat op 18 augustus 2011 inderdaad een bedrag van € 73,88 aan verzoekster is uitbetaald. Verzoekster heeft niet dan wel onvoldoende bestreden dat deze betaling ziet op de onderhavige kosten. De commissie neemt dit daarom als vaststaand aan. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van het bedrag van € 73,88.

- 9.9. Met betrekking tot het bedrag van € 2.890,-- heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster dit dubbel heeft geteld. Verder heeft hij toegelicht dat het hierbij kosten betreft die betrekking hebben op het Neurotherapie Centrum Hilversum, waarvoor geen dekking bestaat. Ter zake van het bedrag van € 1.545,-- heeft de ziektekostenverzekeraar uiteengezet dat dit bedrag betrekking heeft op niet-verzekerde kosten van het Neurotherapie Centrum Hilversum, niet verzekerde kosten van het Hersencentrum, en een betalingsherinnering fysiotherapie uit 2007. Zoals aan het slot van 9.7 is vermeld, is van het notabedrag € 70,-- vergoed, zodat nog € 1.475,-- open staat. Verzoekster heeft dit alles niet althans niet gemotiveerd bestreden. De commissie concludeert daarom dat de bedragen van € 2.890,-- en € 1.475,-- terecht niet zijn vergoed. Met de beslissingen van 4 en 8 februari 2010 zijn bedragen van € 2.890,-- en € 1.545,-- afgewezen. Hierbij is in de beslissingen vermeld dat het "eigen vervoer of overige hulp" betreft.
- 9.10. Verzoekster stelt daarnaast dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van het aan haar door een chirurg voorgeschreven geneesmiddel Tramadol®, ten bedrage van € 26,35 op haar heeft verhaald, terwijl zij op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op volledige vergoeding van deze kosten. De commissie heeft in het dossier geen (leesbaar) afschrift aangetroffen van het vergoedingenoverzicht waarmee deze beslissing aan verzoekster kenbaar is gemaakt. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat genoemd bedrag ten laste van het eigen risico voor 2010 is gebracht. Verzoekster heeft niet althans niet gemotiveerd bestreden dat dit terecht is gebeurd. De commissie komt daarom tot de conclusie dat het bedrag van € 26,35 terecht niet is uitgekeerd.
- 9.11. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van een behandeling op de polikliniek van het St. Lucas Andreas Ziekenhuis, ten bedrage van € 123,33 en € 30,40, grotendeels op haar heeft verhaald (te weten € 123,33 en € 15,32), terwijl zij aanspraak heeft op volledige vergoeding van deze kosten. De commissie heeft in het dossier geen (leesbaar) afschrift aangetroffen van het vergoedingenoverzicht waarmee deze beslissing aan verzoekster kenbaar is gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat deze kosten ten laste van het verplicht eigen risico 2010 zijn gebracht. Verzoekster heeft niet althans niet gemotiveerd bestreden dat dit terecht is gebeurd. De commissie concludeert daarom dat het bedrag van € 138,65 terecht niet is uitgekeerd. Laatstgenoemd bedrag vormt overigens met het onder 9.6 vermelde bedrag van € 26,35 een bedrag van totaal € 165,--. Dit is precies het bedrag van het verplichte eigen risico voor 2010.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.12. Verzoekster stelt voorts dat de ziektekostenverzekeraar in 2010 ter zake van vier nota's voor fysiotherapie € 2,-- per nota te weinig heeft vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat met deze nota's zittingen á € 28,-- in rekening zijn gebracht. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van fysiotherapie tot maximaal € 26,-- per zitting. Aangezien de kosten van de zittingen fysiotherapie de maximumvergoeding overstijgen, blijft een deel van de kosten (i.c. € 2,-- per zitting) voor rekening van verzoekster.
- 9.13. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar de vergoedingen voor alternatieve geneeswijzen, chiropractie en sportmedische zorg verkeerd heeft toegerekend dan wel verkeerd heeft geclassificeerd, waardoor zij minder vergoed heeft gekregen dan waarop zij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft, overweegt de commissie

als volgt. In het dossier bevinden zich onvoldoende (leesbare) nota's en vergoedingenoverzichten die de commissie naast elkaar kan leggen om de juistheid van de stelling van de verzoekster te controleren. Daarentegen heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat voor de kosten van sportgeneeskundige hulp ten bedrage van € 300,-- conform de verzekeringsvoorwaarden € 55,-- is vergoed. Voorts heeft hij toegelicht dat ter zake van de nota voor osteopathie van € 90,-- een vergoeding is verleend van € 29,--, een en ander conform de voorwaarden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar uiteengezet dat in 2009 negen chiropractiebehandelingen zijn gedeclareerd, welke zijn vergoed tot het in de voorwaarden opgenomen maximum van € 29,-- per behandeling. Tot slot is voor homeopatische zorg, op basis van een kopienota, de maximale vergoeding van € 29,-- verleend. Het voorgaande is door verzoekster niet althans niet gemotiveerd bestreden zodat de commissie tot de conclusie komt dat verzoekster ter zake van voornoemde nota's geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 9.14. Verzoekster stelt verder dat zij aanspraak heeft op een nabetaling van € 4,09 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering voor de door haar gedeclareerde kosten voor mondzorg uit 2010. Hoewel de commissie niet beschikt over de betreffende nota of het bestreden vergoedingenoverzicht, kan de commissie op grond van de door verzoekster opgegeven verrichtingencodes concluderen dat zij geen aanspraak heeft op nabetaling van het door haar gevorderde bedrag. Verzoekster heeft medegedeeld dat één van de door haar gedeclareerde verrichtingencodes V40 is, waarvoor een bedrag van € 5,12 in rekening is gebracht. De verrichtingencode V40 is in artikel 11, onder 11.6, van de aanvullende ziektekostenverzekering expliciet uitgesloten van vergoeding. Hierin zit het verschil tussen de door verzoekster berekende vergoeding en hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is vergoed.

Premie

- 9.15. Verzoekster stelt dat zij de premie voor de maand maart 2009 tweemaal heeft betaald bij de overgang van betaling per acceptgiro naar automatische afschrijving. Verzoekster heeft ter onderbouwing van haar stelling afschriften overgelegd van haar brief van 26 februari 2009 waarin zij verklaart dat zij de premie voor maart 2009 alvast vooruit zal betalen, een (zeer slecht leesbaar) afschrift van de Rabobank, waarop de betaling van € 108,25 aan de ziektekostenverzekeraar staat vermeld, en de begeleidende brief bij de factuurspecificatie met het strookje van de acceptgiro. De ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat de premie voor maart 2009 daadwerkelijk tweemaal is voldaan, maar dat de tweede betaling is gebruikt voor de premie van april 2009. Het zou volgens de ziektekostenverzekeraar anders zijn indien verzoekster aantoont dat zij in 2009 dertien keer premie heeft betaald. Dit heeft zij echter niet gedaan. De commissie merkt op dat het op de weg van verzoekster ligt haar stelling deugdelijk te onderbouwen. Nu zij dit niet heeft gedaan, dient dit deel van het verzoek te worden afgewezen.
- 9.16. Ten aanzien van de door verzoekster gevorderde restitutie van de door haar in 2013 betaalde premie, overweegt de commissie als volgt. Verzoekster heeft eind 2012 haar zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering opgezegd. In 2013 is echter toch nog vier maal de maandpremie voor deze verzekeringen van haar rekening afgeschreven. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de bedragen weliswaar van de rekening van verzoekster zijn afgeschreven, maar dat zij de bedragen heeft laten storneren. Hierdoor is door haar per saldo geen premie voldaan in 2013. Deze stelling is door verzoekster niet weersproken. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Nu verzoekster de van haar rekening afgeschreven premiebedragen in 2013 heeft laten storneren, heeft zij feitelijk in 2013 geen premie betaald aan de ziektekostenverzekeraar en heeft zij dus geen aanspraak op restitutie.

Vordering eigen risico 2012

- 9.17. De ziektekostenverzekeraar vordert van verzoekster € 220,-- ter zake van het verplicht eigen risico voor 2012. Omdat verzoekster dit bedrag niet tijdig heeft betaald, is het vermeerderd met incassokosten. Volgens verzoekster blijkt uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van

28 augustus 2013 dat de onderhavige vordering is verrekend met nog niet aan haar uitgekeerde vergoedingen. De brief van 28 augustus 2013 ziet echter op de premie van 2013 en niet op het eigen risico of vergoeding van zorgkosten. Hiermee is dus niet aangetoond dat het eigen risico van 2012 reeds is voldaan door verzoekster, of dat het verschuldigde bedrag is verrekend met verzoekster toekomstige vergoedingen. Ook anderszins heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat zij het eigen risico van 2012 heeft betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft het bedrag van € 220,- met bijkomende kosten derhalve terecht bij verzoekster in rekening gebracht.

Coulance

- 9.18. Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 19 januari 2015 toegezegde tegemoetkomingen voor homeopatische zorg van € 81,- en € 110,- overweegt de commissie als volgt. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar. De commissie zal hierin niet treden.

Verjaring

- 9.19. Door verzoekster is een bedrag van totaal € 123,10 opgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het hier gaat om kosten van tandheelkundige zorg ten bedrage van € 63,30 en dat deze zijn vergoed. Het restant betreft kosten van 2006 of daar voor, welke kosten thans niet meer kunnen worden gevorderd. De commissie merkt op dat verzoekster haar vordering - voor zover het gaat om het bedrag van € 63,30 - verder niet heeft onderbouwd. Ook van het bedrag van € 59,80 ontbreekt een onderbouwing. Daarbij geldt dat ingevolge artikel 7:942 BW een vordering op een verzekeraar in beginsel na drie jaar als verjaard moet worden beschouwd, tenzij de verjaring tijdig is gestuit. Van dit laatste is in de situatie van verzoekster echter niet gebleken, zodat vergoeding terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.

Conclusie

- 9.20. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.21. Aangezien de ziektekostenverzekeraar verzoekster lopende de procedure op enkele punten tegemoet is gekomen en nog enkele vergoedingen aan verzoekster heeft toegezegd, dient deze het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

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, 17 juni 2015,

A.I.M. van Mierlo