



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A en mevrouw B, beiden te C, vertegenwoordigd door mevrouw D te E, tegen F te G
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, paramedische zorg, zittend ziekenvervoer, terugvordering
Zaaknummer : 201302282
Zittingsdatum : 18 juni 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012-2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4, 2.6 en 2.13 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2013, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A en mevrouw B, beiden te C, hierna te noemen: verzoeker respectievelijk verzoekster, en gezamenlijk: verzoekers, vertegenwoordigd door mevrouw D te E,

tegen

F te G, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie waren verzoekers bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (2012) respectievelijk [naam ziektekostenverzekeraar] GezondSamenPolis Restitutie (2013) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekers bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Classic Comfort 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. Verzoekers hebben bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van geneeskundige en paramedische behandelingen, uitgevoerd te Duitsland, en vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer in verband met voornoemde behandelingen (hierna: de aanspraak).
- 3.2. Bij brief van 28 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld dat een onderzoek loopt naar de door hen ingediende declaraties.
- 3.3. Verzoekers hebben op 23 april 2013 een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 27 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld dat de oedeemtherapie ten behoeve van verzoekster en de hiermee gemoeide vervoerskosten coulancehalve tot 1 juli 2013 worden vergoed, en dat de oedeemtherapie ten behoeve van verzoeker en de hiermee gemoeide vervoerskosten niet worden vergoed.
- 3.5. Bij brief van 13 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een betalingsherinnering gezonden voor het bedrag van € 3.765,--.
- 3.6. Bij brief van 1 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 2.184,-- wordt teruggevorderd.

- 3.7. Bij brief van 10 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een betalingsherinnering gezonden voor het bedrag van € 3.780,--.
- 3.8. Bij e-mailbericht van 16 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen en dat reeds uitgekeerde vergoedingen worden teruggevorderd.
- 3.9. Bij brief van 5 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een betalingsherinnering gezonden voor het bedrag van € 3.790,--.
- 3.10. Bij brief van 10 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een betalingsherinnering gezonden voor het bedrag van € 5.989,--.
- 3.11. Verzoekers hebben zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard zijn standpunt te handhaven, dat niet wordt overgegaan tot afgifte van een S2-formulier of tarifiering, en dat de verleende machtigingen en vergoedingen uit 2007, 2008 en 2012 onterecht zijn.
- 3.12. Bij brief van 10 januari 2014 heeft de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers een sommatie gezonden voor een bedrag van € 10.828,97, inclusief buitengerechtelijke kosten en rente.
- 3.13. Bij brief van 27 januari 2014 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar dient af te zien van de vordering en dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.14. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekers het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.15. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 maart 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 april 2014 aan verzoekers gezonden.
- 3.16. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben op 8 april 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 juni 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.17. Bij brief van 2 april 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014047274) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker en verzoekster geen indicatie hebben voor chronische fysiotherapie voor de behandeling van oedeem. Bovendien is de behandelaar geen huidtherapeut of fysiotherapeut met een aantekening oedeemtherapie. Aangezien geen aanspraak bestaat op fysiotherapie, bestaat tevens geen aanspraak op vergoeding van de vervoerskosten. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 27 mei 2014 aan partijen gezonden.
- 3.18. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 juni 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.19. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juni 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt en desgevraagd aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.

3.20. Bij brief van 7 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 25 juli 2014 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Ten aanzien van verzoeker geldt het volgende. Wat betreft fysiotherapie ter behandeling van artrose, voldoet alleen kortdurende fysiotherapie aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op basis van de Zorgverzekeringswet bestaat geen aanspraak op langdurige fysiotherapie bij artrose. Met betrekking tot de behandeling van lymfoedeem ontbreekt nadere informatie over het oedeem, over een behandelplan en over behaalde behandelresultaten. Ten aanzien van verzoekster geldt het volgende. Er is geen informatie waaruit blijkt dat verzoekster een indicatie heeft voor oedeemtherapie. Langdurige fysiotherapie voor artrose voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster draagt armkousen, maar recente medische informatie over de noodzaak van lymfedrainage ontbreekt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekers

- 4.1. Verzoekers zijn sinds jaar en dag tegen ziektekosten verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. In het verleden hebben verzoekers in Duitsland gewoond. Daarom zijn zij onder behandeling zijn gekomen van Duitse artsen en specialisten. Nadat verzoekers in 2004 naar Nederland zijn verhuisd, zijn zij onder behandeling gebleven van de Duitse artsen en specialisten. Verzoekers kampen met diverse medische klachten, onder andere ten gevolge van borstkanker, aneurysma en suikerziekte. De ziektekostenverzekeraar heeft altijd verklaard dat een verzekerde vrije artskeuze heeft. De declaraties van de Duitse artsen en specialisten zijn tot medio 2012 altijd door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoekers hebben in november 2012 bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd of de door hen genoten zorg op basis van de bestaande verzekering ook in 2013 zou worden vergoed of dat hiertoe een andere verzekering diende te worden afgesloten. Zij hechten er namelijk veel waarde aan onder behandeling te blijven bij de bekende artsen en specialisten in Duitsland. Verzoekers zijn zelfs bereid hiervoor, indien nodig, een duurdere verzekering af te sluiten. De ziektekostenverzekeraar heeft geantwoord dat de bestaande verzekering afdoende was om de kosten van de behandelingen in het buitenland te dekken. Verzoekers dienden echter wel, zoals reeds enkele jaren het gebruik was, een machtiging aan te vragen. De diverse machtigingen zijn in november en december 2012 door verzoekers, als gebruikelijk, ingevuld en aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 4.2. Verzoeker ontving bij brief van 7 december 2012 het bericht van de ziektekostenverzekeraar dat € 3.765,-- diende te worden terugbetaald vanwege onterecht ontvangen bedragen. Naar aanleiding van deze brief hebben verzoekers zich tot een advocaat gewend. Er is sprake van een moeizaam proces, waarin onder meer door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat een onderzoek zou worden uitgevoerd naar de ingediende declaraties van verzoekers, hetgeen uiteindelijk heeft geresulteerd in onderhavige procedure bij de commissie. Verzoekers zijn, als gezegd, beiden onder behandeling bij Duitse artsen en specialisten. Een medewerkster van de afdeling Speciale Zaken van de ziektekostenverzekeraar heeft reeds in januari 2013 telefonisch verklaard dat het proces moeizaam verloopt omdat stukken waren kwijtgeraakt. Daarom dienden verzoekers alle medische informatie opnieuw aan te leveren. Het aan te leveren papierwerk was omvangrijk gezien de vele medische behandelingen die verzoekers ondergaan. Zij hebben echter getracht zo veel mogelijk tegemoet te komen aan de eisen die werden gesteld door voornoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. Tot op heden heeft dit echter niet geleid tot volledige vergoeding van de in 2013 en 2014 gemaakte kosten. Telkenmale werden nieuwe eisen gesteld, waardoor veel kostbare tijd verloren is gegaan.
- 4.3. De oedeemtherapie ten behoeve van verzoekster wordt vanaf 1 juli 2013 niet meer vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De vergoeding die vanaf 1 januari 2012 is verleend voor de oedeemtherapie ten behoeve van verzoeker wordt door de ziektekostenverzekeraar teruggevorderd. Verzoekers stellen dat de behandelend paramedicus voldoende ervaring en scholing heeft. Hiertoe zijn diverse bewijzen overgelegd, waaronder diploma's. De met de oedeemtherapie samenhangende vervoerskosten worden eveneens niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Medio 2012 is geïnformeerd naar de machtiging voor zittend ziekenvervoer ten behoeve van verzoeker die was aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar verklaarde toen dat de benodigde stukken onvindbaar waren. De machtiging is nimmer afgegeven, terwijl dit in het verleden altijd wel gebeurde. Verzoekers stellen dat de benodigde relevante informatie wel degelijk aan de ziektekostenverzekeraar is verstrekt, zodat de kosten van de diverse behandelingen in Duitsland dienen te worden vergoed. Het e-mailbericht van de medewerkster van Speciale Zaken van de ziektekostenverzekeraar bevat zelfs geen enkele onderbouwing

van de afwijzing. Daarnaast is door een andere medewerkster van de ziektekostenverzekeraar gesuggereerd dat verzoekers fraude plegen. Aangezien verzoekers sinds jaar en dag onder behandeling zijn bij de artsen en specialisten in Duitsland, en de ziektekostenverzekeraar hiervoor steeds een vergoeding heeft verleend, lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar verzoekers te informeren indien een wijziging zou hebben plaatsgevonden in de voorwaarden. Verzoekers hebben zelfs specifiek hier naar gevraagd en hierop is geantwoord dat de verzekering niet hoefde te worden aangepast.

De ziektekostenverzekeraar heeft tevens nagelaten een aantal nota's uit 2012 te vergoeden, terwijl verzoekers in dat jaar beschikten over de noodzakelijke machtigingen en nimmer is aangegeven dat de voorwaarden zijn gewijzigd.

4.4. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij niet over voldoende informatie beschikt om een S2-formulier te kunnen afgeven. Verzoekers stellen dat dit geen reden kan zijn voor de weigering van een dergelijk formulier of het overgaan tot tarifiering. Overigens zijn diverse (medische) stukken aangeleverd en hebben verzoekers aan de ziektekostenverzekeraar toestemming verleend om de benodigde gegevens zelf op te vragen bij de behandelend artsen en specialisten in Duitsland. De ziektekostenverzekeraar handhaaft echter het standpunt dat de vergoedingen in de jaren 2007, 2008 en 2012 onterecht zijn toegekend, en dat geen S2-formulier kan worden toegekend omdat onduidelijk is wie de verwijzer is en wat precies wordt aangevraagd. Verzoekers bestrijden dit standpunt. Indien bepaalde informatie ontbreekt, komt dit voor rekening van de ziektekostenverzekeraar. Tot 2013 werden vrijwel alle behandelingen ten behoeve van verzoekers nog vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Indien sprake zou zijn van een wijziging van de voorwaarden, lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar verzoekers hierover te informeren.

4.5. De ziektekostenverzekeraar handelt zeer laakbaar waardoor de gezondheid van verzoekers, die niet al te best is, verder onder druk wordt gezet. Er is nimmer gereageerd op de klacht van 23 april 2013. Inmiddels hebben verzoekers zich genoodzaakt gezien de behandelingen voort te zetten in Nederland. Dit terwijl recht bestaat op vergoeding van de behandelingen in Duitsland. Bij brief van 10 januari 2014 ontving verzoeker een sommatie van de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar.

4.6. Ter zitting is door verzoekers ter aanvulling aangevoerd dat de behandelingen fysiotherapie en oedeemtherapie sinds 1993 werden vergoed. Op enig moment werd ineens geen vergoeding meer verleend. Verstrekte machtigingen kunnen echter niet worden ingetrokken. De polisvoorwaarden zijn niet gewijzigd. De behandelaar van verzoekers beschikt over de juiste kwalificaties. Het oedeem is vastgesteld door de huisarts en die heeft een verwijzing opgesteld. Verzoekster benadrukt dat zij armkousen draagt en therapie krijgt voor haar borst, buik en benen. Aangezien aan alle voorwaarden wordt voldaan, is de terugvordering van de ziektekostenverzekeraar onterecht. Er is geen sprake van onverschuldigde betaling. Voorts stellen verzoekers dat zij de formulieren steeds zelf hebben ingevuld en dat de behandelend artsen en therapeuten deze hebben ondertekend en gestempeld.

4.7. Nadien is door verzoekers verklaard dat de machtigingsaanvragen hoofdzakelijk door henzelf werden ingevuld en door de (huis)arts werden ondertekend.

4.8. Verzoekers komen tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Het Team Speciale Zaken en Veiligheidszaken van de ziektekostenverzekeraar ontving een signaal over het mogelijk onrechtmatig declareren van zorgkosten. Om die reden is een onderzoek gestart naar het declaratiegedrag van verzoekers. In dit kader hebben diverse telefonische contacten plaatsgevonden met verzoekster, bij welke gelegenheden zij heeft verklaard nog kosten tegoed te hebben. Vervolgens werden diverse nieuwe declaraties ingediend, tezamen met declaraties die al waren verwerkt. Op 29 januari 2013 zijn verzoekers schriftelijk op de hoogte gesteld van de rechtmatigheidscontrole. Dit onderzoek heeft betrekking op de door verzoekers ingediende declaraties en aangevraagde machtigingen. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat verzekerden altijd later van een dergelijk onderzoek op de hoogte worden gesteld, omdat eerst een vooronderzoek wordt uitgevoerd.

5.2. Alle aanvragen en declaraties van verzoekers zijn beoordeeld door de medisch adviseur en de zorginhoudelijk adviseur. De diverse aanvragen voor geplande zorg in Duitsland zijn afgewezen. Het hiermee samenhangende

vervoer komt eveneens niet voor vergoeding in aanmerking. De reeds uitgekeerde vergoedingen met betrekking tot de jaren 2007, 2008 en 2012 worden teruggevorderd, omdat de machtigingen onterecht zijn toegekend. Hierbij gaat het onder meer om oedeemtherapie ten behoeve van verzoeker en de hiermee gemoeide vervoerskosten.

- 5.3. Uit het rechtmatigheidsonderzoek is gebleken dat de door verzoekers ingediende machtigingsaanvragen en de vervolgaanvragen door hen zelf zijn ingevuld. Bij het vergelijken van de klachtbrieven en de verwijzingen bleken deze in hetzelfde handschrift te zijn geschreven. Daarnaast ontbreken de verwijzingen van de medisch specialist of huisarts. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekers diverse malen verzocht de juiste informatie te verstrekken, echter niet alle gevraagde informatie is ontvangen. Zodoende zijn de door verzoekers ingestuurde documenten op zijn minst twijfelachtig; de inhoud en authenticiteit van de aanvragen worden betwijfeld. De medisch adviseur heeft om die reden geadviseerd de machtigingsaanvragen af te wijzen en de ten onrechte verleende vergoedingen terug te vorderen. Een S2-formulier wordt niet afgegeven en er wordt niet overgegaan tot tarifiering. Eerder afgegeven machtigingen geven geen recht op goedkeuring van nieuwe aanvragen. De ziektekostenverzekeraar verklaart het te betreuren dat de gehele procedure geruime tijd in beslag heeft genomen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar stelt met betrekking tot de oedeemtherapie ten behoeve van verzoekers dat de vergoeding hiervan om de drie hiernavolgende redenen is afgewezen. Ten eerste heeft zowel verzoeker als verzoekster geen medische indicatie voor oedeemtherapie. Enkel informatie over de medische voorgeschiedenis en het medicatiegebruik is ontvangen. Hierin staat nergens vermeld dat verzoekers zijn gediagnosticeerd met oedeem. Er heeft telefonisch en via e-mail overleg plaatsgevonden met de huisarts van verzoekers. Ondanks herhaaldelijke verzoeken heeft de huisarts geen nadere medische gegevens gestuurd. Ten tweede is geen sprake van een geldige verwijzing. Ten derde worden vraagtekens geplaatst bij de doelmatigheid. Verzoekers ondergaan langdurig oedeemtherapie en er is sprake van een hoge behandel frequentie, te weten drie maal per week. Onduidelijk is welke behandelingen reeds hebben plaatsgevonden en welke behandelingen thans plaatsvinden. Er is geen sprake van een afgestemde behandelmethode. Voorts wordt de oedeemtherapie verleend door een paramedicus die hiertoe niet bevoegd is en ontbreken therapieverslagen. Desalniettemin is besloten de oedeemtherapie ten behoeve van verzoekster en de hiermee gemoeide vervoerskosten coulanchehalve tot 1 juli 2013 te vergoeden. Bij brief van 8 april 2013 is aan verzoekers medegedeeld dat de aanvraag voor fysiotherapie/oedeemtherapie bij Therafit is afgewezen. Ondanks deze afwijzing heeft verzoeker toch kosten voor fysiotherapie/oedeemtherapie gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor ten onrechte een vergoeding verleend, zodat deze wordt teruggevorderd. De brief van 1 augustus 2013 betreft deze terugvordering.
- 5.5. Met betrekking tot de machtigingsaanvragen voor behandeling door diverse medisch specialisten in Duitsland geldt het volgende. De door verzoekers verstrekte informatie is voor de medisch adviseur onvoldoende om de machtigingen af te geven. Er is slechts informatie over de medische voorgeschiedenis en het medicatiegebruik ontvangen. Bovendien zijn op geen van de aangeleverde documenten een datum en een handtekening van de verwijzer aanwezig. De ziektekostenverzekeraar stelt dat niet wordt voldaan aan de artikelen 1.9, 9.4 en 14 van de zorgverzekering aangaande zorg in het buitenland, verwijzing en medisch specialistische zorg.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat de aanvraag voor zittend ziekenvervoer is afgewezen omdat sprake is van een inconsistentie tussen de twee aanvragen die hiervoor zijn ingediend. In de eerste aanvraag, die op 13 maart 2013 is ontvangen, is "nee" aangekruist bij de vraag of voor het vervoer begeleiding van de verzekerde medisch noodzakelijk is. In de tweede aanvraag, die op 20 maart 2013 is ontvangen, is bij deze vraag "ja" aangekruist. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis hiervan geconcludeerd dat onduidelijk is welke aanvraag voor zittend ziekenvervoer correct is en heeft om die reden geweigerd een machtiging af te geven.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat, in verband met de digitale verwerking, declaraties alleen achteraf worden gecontroleerd. Indien blijkt dat ten onrechte een vergoeding is verleend, wordt deze teruggevorderd. De afdeling Speciale Zaken houdt zich bezig met de controle van declaraties. Zolang er een onderzoek loopt bij het Team Speciale Zaken Zorg, verloopt alle communicatie met die afdeling. Correspondentie die wordt gestuurd aan de afdeling Klachtenmanagement wordt doorgezonden.
- 5.8. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de machtigingsaanvragen per zorgsoort opnieuw te beoordelen. Aan verzoekers is verzocht correcte en volledige aanvragen in te dienen. Verzoekers zijn hier niet toe over gegaan.

- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat een terugvordering is ingesteld voor recente behandelingen van verzoekers. Er zijn geen machtigingen verstrekt aangezien de aanvragen niet afkomstig waren van een specialist of huisarts. Het handschrift is namelijk identiek. Verzoekers hebben ook toegelicht dat zij de formulieren zelf hebben ingevuld. De declaratieformulieren zijn ondertekend, maar de aanvraagformulieren (machtigingsaanvragen) niet. Een declaratie die wordt ondertekend door een zorgverlener is niet geldig. Een aanvraag moet door de juiste persoon worden gedaan. Zodoende is sprake van onverschuldigde betaling. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat ook het Zorginstituut tot de conclusie komt dat geen indicatie voor fysiotherapie bestaat. Bovendien beschikt de behandelaar niet over de juiste kwalificaties.
- 5.10. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de machtigingsaanvragen voor meerdere medisch specialisten eerst zonder handtekening en stempel van de huisarts zijn ingediend. Later werden dezelfde exemplaren ontvangen met daarop de handtekening en het stempel van de huisarts. De ziektekostenverzekeraar stelt dat geen sprake is van een correcte verwijzing. Van een vereiste indicatie is evenmin sprake. De vordering die is overgedragen aan de incassogemachtigde bestaat uit een hoofdsom van € 9.769,73, € 13,62 aan rente, en € 1.044,82 aan incassokosten. Overigens staat momenteel intern nog € 454,96 aan eigen risico open, en € 261,45 aan premie voor juli 2014.
- 5.11. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en of de ziektekostenverzekeraar terecht is overgegaan tot vordering van een bedrag van € 9.769,73, exclusief incassokosten en rente.

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 11 tot en met 34 van de zorgverzekering (2012) en de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering (2013).
- 8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering (2012-2013) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

*Wie mag de zorg verlenen
Medisch specialist.*

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. (...) De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden. (...)"

- 8.4. Artikel 24 van de zorgverzekering (2012) regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van paramedische zorg, en 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.
(...)"*

18 jaar en ouder:

(...)"

*- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst. De kosten van de eerste twintig behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.
(...)"*

Door

Fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnastmasseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

De geriatrisch fysiotherapeut, kinderysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Register van verbijzonderde oefentherapeuten Cesar/Mensendieck.

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici.

Waar

Deze zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Verwijsbrief

U hebt alleen een verwijsbrief nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie worden beschouwd. (...)

Artikel 25 van de zorgverzekering (2013) is gelijkloidend.

- 8.5. Artikel 35 van de zorgverzekering (2012) regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer, en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van:

(...)

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

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

a. u moet nierdialyses ondergaan;

b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;

c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;

d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

(...)

e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

(...)

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is (...)

Door

(...)

2. Zittend ziekenvervoer:

- taxivervoerder;

- openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;

- eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,31 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 93 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer.

Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. U hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming:

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer.

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden. (...)

Artikel 35 van de zorgverzekering (2013) is gelijkloidend, met dien verstand dat de eigen bijdrage € 95,-- bedraagt.

- 8.6. Artikel 9 van de zorgverzekering (2012-2013) regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
 - vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
 - vergoeding van de kosten van zorg door een nietgecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.*
- (...)*

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd.

Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/ of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

8.7. Voornoemde artikelen van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2012-2013) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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.

Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv.

Ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.13 Bzv.

8.9. 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.

8.10. Artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van paramedische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 16 Fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Door

- fysiotherapeut bij individuele fysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie en fysiotherapie in groepsverband;*
- geriatrisch fysiotherapeut bij geriatrische fysiotherapie;*
- manueel therapeut bij manuele therapie;*
- oedeemtherapeut of huidtherapeut bij lymfoedeemtherapie;*
- bekkenfysiotherapeut bij bekkenfysiotherapie;*
- oefentherapeut bij individuele oefentherapie (Cesar/Mensendieck) en oefentherapie in groepsverband.*

Waar moet de zorg plaatsvinden

De zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

De maximale vergoeding per zitting is afhankelijk van de soort therapie en geldt per indicatie per kalenderjaar. De maximale bedragen per soort staan in de tabel 'Maximum per zitting' weergegeven.

(...)

[naam aanvullende ziektekostenverzekering]

Indicaties zoals vermeld in bijlage 1 van het besluit zorgverzekering: 100% van de kosten voor de eerste 20 zittingen per indicatie

Overige medische indicaties: maximaal 14 zittingen per indicatie

Lymfoedeemtherapie

Maximum per zitting: € 42,45

(...)"

Artikel 15 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van paramedische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 15 Fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Door

- Fysiotherapeut bij individuele fysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie en fysiotherapie in groepsverband;*
- Geriatrisch fysiotherapeut bij geriatrische fysiotherapie;*
- Manueel therapeut bij manuele therapie;*
- Oedeemtherapeut of huidtherapeut bij lymfoedeemtherapie;*
- Bekkenfysiotherapeut bij bekkenfysiotherapie;*
- Oefentherapeut bij individuele oefentherapie (Cesar/ Mensendieck) en oefentherapie in groepsverband.*

De geriatrisch fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KRP).

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

De maximale vergoeding per behandeling is afhankelijk van de soort therapie en geldt per aandoening per kalenderjaar. De maximale bedragen per soort therapie staan in de tabel 'Maximum per behandeling' weergegeven.

Vergoeding [naam aanvullende ziektekostenverzekering]

Aandoeningen zoals vermeld in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: de eerste 20 behandelingen per aandoening

Overige aandoeningen: maximaal 14 behandelingen per aandoening

Vergoeding [naam aanvullende ziektekostenverzekering]

Soort therapie

(...)

Lymfoedeemtherapie

Maximum per behandeling: € 42,45 (...)"

8.11. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Gelet op de door partijen ingenomen standpunten en overgelegde stukken, dienen voor de beoordeling te worden onderscheiden (i) de terugvordering, en (ii) de aanvragen uit november 2012 voor medisch specialistische zorg, paramedische zorg en zittend ziekenvervoer.

Terugvordering

9.2. De ziektekostenverzekeraar vordert van verzoekers een bedrag van € 9.769,73 (exclusief incassokosten en rente) welk bedrag - volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar - ziet op ten onrechte uitgekeerde vergoedingen over de periode van 29 februari 2012 tot en met 22 augustus 2013. Verzoekers hebben deze vordering bestreden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is gesuggereerd dat verzoekers zich schuldig hebben gemaakt aan fraude. Gelet op de ernst van eventueel geconstateerde fraude, dienen aan de bewijsvoering dienaangaande hoge eisen te worden gesteld. Alleen de suggestie door de ziektekostenverzekeraar van fraude is verre van afdoende. Dat verzoekers hebben erkend dat zij de aanvragen deels zelf hebben ingevuld, maakt dit niet anders. De enkele stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de diverse vergoedingen ten onrechte zijn verleend, zonder daarbij ondubbelzinnig duidelijk te maken op grond waarvan hij tot deze conclusie is gekomen, is evenmin afdoende. Hierbij is van belang dat de onderhavige kosten gedurende een reeks van jaren zijn vergoed, kennelijk zonder dat deugdelijk onderzoek is gedaan naar de indicatie, de formele vereisten - zoals de aanwezigheid van een verwijzing -, en de doelmatigheid. Dit nalaten ligt in de risicosfeer van de ziektekostenverzekeraar en kan niet na ommekomst van een vrij lange periode op verzoekers worden afgewenteld. Derhalve is de ziektekostenverzekeraar ten onrechte overgegaan tot terugvordering van € 9.769,73, exclusief rente en kosten. De ziektekostenverzekeraar dient hiervan dan ook af te zien, en het betreffende dossier bij de incassogemachtigde per ommegaande te sluiten en gesloten te houden.

Aanvragen november 2012

9.4. Verzoekers maken aanspraak op vergoeding van de kosten van paramedische en medisch specialistische behandelingen, uitgevoerd en uit te voeren te Duitsland. Daarbij beroepen zij zich op eerdere vergoedingen en op het recht van vrije artskeuze. De ziektekostenverzekeraar heeft afwijzend beslist op de grond dat niet is voldaan aan de voorwaarden. Ten aanzien van de eerdere vergoedingen stelt de commissie vast dat in de procedure is gebleken van aanwijzingen dat deze mogelijk ten onrechte zijn verleend. Deze aanwijzingen zijn zodanig sterk dat de ziektekostenverzekeraar de gelegenheid moet hebben het door hem gevoerde beleid hierop aan te passen. Voorts geldt met betrekking tot het recht van vrije artskeuze dat dit niet onbeperkt is, maar zijn begrenzing vindt in de verzekeringsvoorwaarden. Voor de toepassing van Vo. nr. 883/2004 is het uitgangspunt dat electieve zorg in een andere EU-lidstaat, in dit geval Duitsland, alleen voor vergoeding in aanmerking

komt indien de zorg in de bevoegde EU-lidstaat - Nederland - is verzekerd. In dit verband is het volgende van belang. Door de ziektekostenverzekeraar is gemotiveerd gesteld dat verzoekers geen indicatie hebben voor de aangevraagde zorg, dat de zorgverlener niet bevoegd is, dat de zorg niet doelmatig is, en dat geen sprake is van een geldige verwijzing. De commissie acht de stelling van de ziektekostenverzekeraar aannemelijk, mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 6 mei 2014. Dat uit coulance diverse vergoedingen zijn verleend door de ziektekostenverzekeraar is een beslissing waarin de commissie niet zal treden. Ten overvloede zij nog opgemerkt dat, gelet op het onverplichte karakter van de betreffende vergoedingen, deze niet kunnen worden teruggevorderd. Aan een onverplichte vergoeding wordt immers eerst toegekomen nadat is vastgesteld dat op grond van de verzekeringsovereenkomst geen recht bestaat. Vervolgens kan de coulancevergoeding niet met een beroep op die overeenkomst worden teruggevorderd.

- 9.5. Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer indien een verzekerde wordt vervoerd van en naar een zorgaanbieder en de door deze verleende zorg wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Nu hiervoor tot de conclusie is gekomen dat verzoekers geen aanspraak hebben op vergoeding van de kosten van de onderhavige medisch specialistische en paramedische zorg, bestaat evenmin aanspraak op vergoeding van de kosten van het hiermee samenhangende zittend ziekenvervoer.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van oedeemtherapie, uitgevoerd door een oedeemtherapeut of huidtherapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 42,45 per behandeling. Bij aandoeningen die zijn vermeld op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering worden de eerste twintig behandelingen vergoed, en bij overige aandoeningen maximaal veertien behandelingen. De commissie is van oordeel dat de behandelaar van verzoekers niet kan worden gekwalificeerd als oedeemtherapeut. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van oedeemtherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met betrekking tot de terugvordering en voor het overige dient te worden afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekers te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.7 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 27 augustus 2014,

Voorzitter