



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen iptiQ Life S.A. te Amstelveen
Zaak : Eigen risico, fraudemelding, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, onderzoeksplicht
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, art. 19 Zvw, art. 2.17 Bzv, art. 35 Wmg
Zaaknummer : 202002125
Zittingsdatum : 31 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.W. Heringa, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

iptiQ Life S.A. te Amstelveen, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 10 oktober 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht een bindend advies uit te brengen. Op 26 november 2020 heeft verzoeker zijn verzoek per e-mail nader toegelicht.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 13 januari 2021 aan verzoeker gezonden.

2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 maart 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandongevallen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 maart 2020 per brief het eigen risico 2020 bij verzoeker in rekening gebracht vanwege een declaratie voor GGZ-zorg.

3.3. Verzoeker heeft hierop bij de ziektekostenverzekeraar gemeld dat niet alle gedeclareerde zorg heeft plaatsgevonden en dat sprake was van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Hij heeft de betrokken zorgaanbieder geen toestemming gegeven namens hem een declaratie in te dienen.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 maart 2020 per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij contact dient op te nemen met de zorgaanbieder over de betreffende declaratie en dat de ziektekostenverzekeraar hem in dit verband niet verder kan helpen.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 20 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij alsnog contact zal opnemen met de zorgaanbieder.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 maart 2020 en 31 maart 2020 per e-mail aan verzoeker een terugkoppeling gegeven van het contact met de zorgaanbieder en de uitleg van de zorgaanbieder over de declaratie. Verder heeft hij meegedeeld dat aan de zorgaanbieder is gevraagd aan verzoeker een nadere onderbouwing van het aantal gedeclareerde minuten te geven.

- 3.7. Verzoeker heeft - bij uitblijven van een reactie van de zorgaanbieder - op 14 juli 2020 een fraudemelding gedaan bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.8. Op 15 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij geen nader onderzoek zal instellen.
- 3.9. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om heroverweging van deze beslissing. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 september 2020, 8 oktober 2020 en 13 oktober 2020 aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.10. Verzoeker heeft op 26 november 2020 per e-mail verklaard dat de zorgaanbieder de betreffende declaratie heeft gecrediteerd.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de door de zorgaanbieder ingediende declaratie niet in behandeling mocht nemen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de ingediende declaratie niet zorgvuldig heeft verwerkt;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar zijn klacht over de ingediende declaratie niet correct heeft afgehandeld;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar zijn fraudemelding niet correct heeft afgehandeld.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepaling uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) over het vergoeden van zorgkosten is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker heeft verklaard dat hij zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft gewend voor GGZ-zorg. Deze zorgaanbieder heeft een declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft hiervoor echter geen toestemming gegeven. Hij heeft hierover dan ook een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de declaratie echter alsnog verwerkt en deze vergoed aan de zorgaanbieder. Volgens verzoeker is dit niet terecht. De zorgaanbieder had een factuur aan hem moeten sturen en vervolgens was het aan verzoeker te beslissen of hij deze al dan niet ter declaratie zou indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat hij aan de ziektekostenverzekeraar heeft gemeld dat de declaratie onjuist is en heeft hij een fraudemelding gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens geen nader onderzoek ingesteld, maar verzoeker geadviseerd hierover zelf contact op te nemen met de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar voldoet daarmee niet aan zijn controleplicht. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar het fraudesignaal niet verwerkt zoals is voorgeschreven in de toepasselijke regelgeving. Ook heeft hij in dit verband niet gehandeld overeenkomstig het eigen beleid.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders digitaal een declaratie kunnen indienen ten behoeve van een verzekerde. De declaratie wordt vervolgens beoordeeld op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en afgehandeld. Er wordt niet nagegaan of een verzekerde toestemming heeft gegeven aan de zorgaanbieder om rechtstreeks te declareren. De ziektekostenverzekeraar gaat er vanuit dat verzekerde en de zorgaanbieder dit met elkaar hebben besproken. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat een verzekerde via de digitale 'Mijn omgeving' een declaratie van een zorgaanbieder kan afkeuren. Op dat moment ontvangt de afdeling 'interne controle' een signaal. Dit signaal wordt geregistreerd en geanalyseerd. Op basis van de gegevens wordt bepaald of aanleiding bestaat nader onderzoek te verrichten. In geval een declaratie voor GGZ-zorg door een verzekerde wordt 'afgekeurd', wordt de verzekerde eerst zelf gevraagd hierover contact op te nemen met de zorgaanbieder. De ervaring leert namelijk dat zorgaanbieders die deze zorg leveren uit privacyoverwegingen geen informatie aan de ziektekostenverzekeraar willen verstrekken. In de meeste gevallen leidt het contact tussen een verzekerde en een zorgaanbieder tot een oplossing. De declaratie wordt dan alsnog begrepen of deze wordt aangepast. Is dit niet het geval dan gaat de ziektekostenverzekeraar alsnog het gesprek aan met de zorgaanbieder. Dit is in de situatie van verzoeker ook gedaan. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar gehandeld volgens zijn beleid en heeft hij voldaan aan zijn onderzoeksplicht. Op het moment dat de ziektekostenverzekeraar een fraudemelding ontvangt over een zorgaanbieder, wordt dit signaal geregistreerd. Het is vervolgens aan de ziektekostenverzekeraar te bepalen of een fraudeonderzoek wordt gestart. De ziektekostenverzekeraar zag op basis van de individuele fraudemelding van verzoeker geen aanleiding een dergelijk onderzoek te starten. Dit betekent niet dat daarmee niet is voldaan aan de toepasselijke regelgeving of het eigen beleid.

Behandeling en verwerking van de declaratie

- 6.4. Het staat vast dat een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zorgkosten bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, zonder dat verzoeker hiervoor toestemming had gegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft de declaratie evenwel verwerkt en een vergoeding uitgekeerd aan de zorgaanbieder. Verzoeker heeft zich hierover terecht beklaagd. Als verzoeker niet wenst dat bepaalde zorg wordt vergoed op grond van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende verzekering, kan de ziektekostenverzekeraar niet eenzijdig beslissen deze zorg toch te vergoeden. Dat de zorgaanbieder er in dit geval voor heeft gekozen de declaratie in te dienen, zonder dat verzoeker hem daarvoor toestemming had gegeven, kan verzoeker niet worden tegengeworpen. Het had dan ook op de weg van de zorgverzekeraar gelegen de verwerking van de declaratie op te schorten of terug te draaien nadat verzoeker hierover contact met hem had opgenomen.

Afhandeling klacht en fraudesignaal

- 6.5. Verzekeraars roepen hun verzekerden nadrukkelijk op om onregelmatigheden te melden. Indien een zodanige melding plaatsvindt mag worden verwacht dat hier ook opvolging aan wordt gegeven. Voorts mag een verzekeraar geen zorg vergoeden als deze niet heeft plaatsgevonden. Dit volgt uit artikel 35, derde lid, Wmg. Het is dan ook aan de verzekeraar gedegen onderzoek te doen op het moment dat aan hem wordt gemeld dat door een zorgaanbieder kosten zijn gedeclareerd voor zorg die niet is geleverd. In de toepasselijke wet- en regelgeving is echter niet opgenomen hoe een dergelijk onderzoek moet worden vormgegeven.

- 6.6. Van een verzekerde mag in dit verband in ieder geval worden verwacht dat hij feiten en omstandigheden aandraagt, waaruit blijkt dat de gedeclareerde zorg niet is geleverd. Als op basis hiervan het bewijsvermoeden bestaat dat de zorg niet is geleverd, mag van de verzekeraar worden verwacht dat hij contact opneemt met de betrokken zorgaanbieder, hem om een inhoudelijke reactie vraagt en dat hij deze reactie vervolgens deelt met de verzekerde. Daarnaast kan het noodzakelijk zijn dat aanvullende informatie wordt opgevraagd bij de betrokken partijen om eventuele onduidelijkheden weg te nemen. Uiteindelijk zal de verzekeraar zich een oordeel moeten vormen op basis van alle informatie die hij heeft ontvangen en zo nodig zal hij actie moeten ondernemen richting de declarerend zorgaanbieder.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft eerst aan verzoeker gevraagd zelf contact op te nemen met de betrokken zorgaanbieder over de ingediende declaratie. Dit komt de commissie niet vreemd voor. Verzoeker en de zorgaanbieder weten namelijk welke zorg daadwerkelijk is geleverd en welke afspraken zijn gemaakt. Bovendien beklagde verzoeker zich ook over de kwaliteit van de zorg bij een zorgaanbieder die door hem zelf is gekozen. De ziektekostenverzekeraar had hiermee geen bemoeienis.
- De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens, na aandringen van verzoeker, op 20 maart 2020 per e-mail verklaard alsnog contact te zullen opnemen met de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar gaf daarbij aan dat de door de zorgaanbieder gedeclareerde tijd (130 directe minuten en 245 indirecte minuten) inderdaad hoog was, gezien het feit dat verzoeker stelde dat er slechts een intake had plaatsgevonden. In zijn e-mail van 27 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar, na contact met de zorgaanbieder, aan verzoeker teruggekoppeld dat volgens de zorgaanbieder het aantal minuten in de declaratie juist was. Voorts dat er een duale intake heeft plaatsgevonden, er een behandelplan is opgesteld en dat er verschillende voorstellen voor een vervolgbehandeling zijn gedaan. Verzoeker heeft in reactie hierop op 31 maart 2020 per e-mail laten weten dat hij 30 minuten binnen is geweest bij de zorgaanbieder en dat hij niet kan inzien hoe - zelfs als er een brief naar de huisarts is opgesteld en sprake was van enige verslaglegging - de declaratie meer dan 6 uren zorg kan betreffen. Hij heeft gevraagd om verheldering met een tijdsverantwoording die navolgbaar en controleerbaar is. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop laten weten dat hij de zorgaanbieder zou vragen aan verzoeker een onderbouwing van het aantal minuten te sturen, omdat hij dit zelf gezien de privacywetgeving niet zou kunnen krijgen. De zorgaanbieder heeft echter nagelaten de gevraagde tekst en uitleg over de ingediende declaratie te geven. De ziektekostenverzekeraar heeft de declaratie echter toch verwerkt en vervolgens het eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin niet volgen. Hij kon op basis van de informatie die hij had namelijk niet zonder meer vaststellen of de ingediende declaratie inderdaad correct was.
- Hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd, met name dat hij niet in staat was informatie op te vragen op grond van de toepasselijke privacyregelgeving, kan de commissie evenmin volgen. De ziektekostenverzekeraar kon immers met toestemming van verzoeker (medische) persoonsgegevens opvragen bij de zorgaanbieder, in welk geval geen belemmering bestond op grond van de toepasselijke privacyregelgeving. Dat de ziektekostenverzekeraar dit heeft nagelaten, kan verzoeker niet worden tegengeworpen.
- 6.8. Verzoeker heeft een melding van vermeende declaratiefraude gedaan bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft beschreven welk beleid hij voert ten aanzien van de registratie en verwerking van fraudesignalen. Ook heeft hij toegelicht hoe hij tot de conclusie is gekomen geen fraudeonderzoek te starten op basis van deze individuele melding. Deze toelichting is voor de commissie begrijpelijk. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat de ziektekostenverzekeraar in strijd met het eigen beleid heeft gehandeld. Evenmin is aannemelijk geworden dat de ziektekostenverzekeraar in strijd heeft gehandeld met de regelgeving die op dit punt door de NZa is opgesteld. Overigens geldt dat - voor zover dit laatste aan de orde zou zijn - het aan verzoeker is hierover melding te maken bij de NZa, die als toezichthouder kan besluiten al dan niet handhavend op te treden.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de door de zorgaanbieder ingediende declaratie niet in behandeling mocht nemen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de verwerking van de declaratie ongedaan had moeten maken op grond van de klacht van verzoeker;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar zijn onderzoeksplicht heeft geschonden;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar niet in strijd heeft gehandeld met zijn eigen beleid of de toepasselijke regelgeving ten aanzien van de verwerking van (declaratie)fraude;
- (v) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.



Zeist, 20 april 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringplicht is geëindigd, wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6 Verzekering van onverzekerden

Als het CAK op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- u kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CAK binnen 2 weken aan-toont dat u al een zorgverzekering heeft gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringplichtig bent;
- u kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzegmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1 Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18^e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2 Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- Huisartsenzorg, voor zover dit betrekking heeft op zorg zoals omschreven in Artikel 11, Huisartsenzorg, artikel 13, Zorgprogramma's (Ketenzorg), artikel 24, Stoppen-met-rokenprogramma en artikel 31, Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) .

Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Als een laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd en in rekening gebracht, dan geldt voor deze zorg wel het verplicht eigen risico. Zie artikel 11, Huisartsenzorg;

- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 14;
- verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening. Voor de NIPT en de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt wel het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 15.1, Verloskundige zorg en artikel 16, Medisch specialistische zorg;
- kraamzorg. Zie artikel 15.2, Kraamzorg;
- hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 39, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 22, Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 22, Transplantatie van weefsels en organen;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3 Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, berekenen wij het eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2020 telt 366 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 366 is € 31,58 en wordt afgerond op € 32.

7.4 Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening moet brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Zorgverzekeringswet

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020 en 2021.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. huisartsenzorg,
 - c. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
 - d. gecombineerde leefstijlinterventie,
 - e. de zorg waarop ingevolge dit hoofdstuk aanspraak bestaat aan de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, voor zover die zorg verband houdt met de opname, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d,
 - f. vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
 - g. verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
 - a. de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
 - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.

Wet markordening gezondheidszorg

Artikel 35

1. Het is een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen:
 - a. dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel b, is vastgesteld;
 - b. dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel c, voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
 - c. voor een prestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel d, is vastgesteld;
 - d. voor een prestatie waarvoor een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel d, is vastgesteld;
 - e. anders dan op de wijze die overeenkomstig deze wet is vastgesteld.
2. Het is een zorgaanbieder verboden een tarief als bedoeld in het eerste lid, te betalen aan een andere zorgaanbieder of aan derden te vergoeden.
3. Het is een ziektekostenverzekeraar verboden een tarief als bedoeld in het eerste lid, te betalen of aan derden te vergoeden.

(...)