

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer,
terugvordering uitbetaalde declaraties
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016-2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.14
Bzv, 6:203 BW
Zaaknummer : 202102380
Zittingsdatum : 14 december 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 14 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 juli 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 12 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 september 2022 aan verzoeker gestuurd, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 13 september 2022 meegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost, zodat de procedure is voortgezet naar de stand van dat moment.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2022 gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend twee sterren en Aanvullend Tand twee sterren (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft een machtiging van de ziektekostenverzekeraar voor zittend ziekenvervoer naar onder andere een instelling voor verslavingszorg en een instelling voor GGZ-zorg. Hij heeft de kosten van het reizen per openbaar vervoer naar deze instellingen bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. Bij brief van 9 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij een fraudeonderzoek heeft verricht. Hieruit is gebleken dat verzoeker niet het opzet had de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Wel is komen vast te staan dat verzoeker 217 ritten heeft gedeclareerd waar geen afspraak bij één van beide instellingen tegenover staat. Daarom vordert de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een bedrag terug van in totaal € 11.312,82.

- 3.4. Verzoeker heeft de kwestie voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), waarop de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 april 2022 meegedeeld dat hij heeft besloten 40 ritten in mindering te brengen op de vordering. Dit betreft een bedrag van in totaal € 2.101,56, waardoor de vordering wordt verminderd tot € 9.211,26. In het kader van het onderhavige geschil heeft de ziektekostenverzekeraar nog 15 ritten in mindering gebracht en de vordering gesteld op een bedrag van € 8.622,90.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 8.622,90 niet dan wel niet geheel van hem mag terugvorderen.
- 4.2. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij vanaf eind 2015 tot en met 2018 ambulant is behandeld bij de kliniek voor verslavingszorg. Hij kwam hier vier à vijf dagen per week, en moest dan een lange afstand reizen met de trein. Zijn dochter kocht vooraf de treinkaartjes voor hem, en hij declareerde deze bij de ziektekostenverzekeraar. De reden dat de treinkaartjes vooraf werden gekocht, was dat dit voor de dochter van verzoeker makkelijker was. Bovendien hielp het om ervoor te zorgen dat verzoeker naar zijn afspraken ging. Het is echter diverse keren voorgekomen dat verzoeker vanwege ziekte niet verscheen op zijn afspraken. Ook had hij regelmatig vertraging met de trein. Tot slot lag er bij de instelling een lijst waarop hij zijn aanwezigheid moest invullen, en dit is geregeld nagelaten. De reden hiervoor was dat verzoeker niet wist dat het belangrijk was deze lijst in te vullen.
- 4.3. Eind 2017, begin 2018 bezocht verzoeker ook een GGZ-instelling in verband met een persoonlijkheidsstoornis. De ritten die hij hiervoor maakte, heeft hij eveneens bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Het declaratieformulier van de ziektekostenverzekeraar leende zich echter niet voor het invullen van meerdere klinieken en/of data. Verzoeker kreeg van de ziektekostenverzekeraar het advies alles op één naam te declareren. Naderhand is gebleken dat dit niet juist is geweest. Verzoeker heeft van beide instellingen een verklaring dat hij deze met enige regelmaat bezocht. Als hij zelf een berekening maakt van alle keren dat hij niet is verschenen vanwege ziekte, of dat hij te laat was in verband met vertragingen in het openbaar vervoer en daarmee de afspraak niet werd geregistreerd, dan wel dat hij de presentielijst niet invulde, komt hij op een veel lager aantal ritten dat niet daadwerkelijk is gemaakt. Voor zover hij ritten heeft gedeclareerd die niet zijn gemaakt, is verzoeker bereid de kosten hiervan terug te betalen.
- 4.4. Bij e-mailbericht van 13 september 2022 heeft verzoeker toegelicht dat het geschil nog niet is opgelost. Er zouden in ieder geval 40 reizen worden teruggenomen, en met het bedrag van € 1.500,- dat verzoeker al heeft afgelost, komt hij op een lager bedrag uit dan de ziektekostenverzekeraar nu noemt. Daarna zouden er dan nog 15 treinreizen vanaf moeten. Het door de ziektekostenverzekeraar genoemde eindbedrag klopt daarom niet. Verder zijn op verzoek van de ziektekostenverzekeraar minstens 70 reizen naar Trubendorffer gedeclareerd onder NPI. Daarbij heeft verzoeker vele malen de aanwezigheidslijst van Trubendorffer niet ingevuld, waardoor er te weinig data op deze presentielijst staan. Verzoeker benadrukt dat hij zeker 4 à 5 keer per week bij Trubendorffer is geweest. Verzoeker wil alleen de teveel gedeclareerde reizen in verband met opname in het ziekenhuis of ziekte terugbetalen. Dan gaat het over 30 à 40 declaraties. Verzoeker komt dan op een terug te betalen bedrag van ongeveer € 2.000,-.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij voorheen in Amsterdam woonde. Vanaf 2010 was hij verslaafd aan seks en crack. Tot 2014 heeft hij verschillende klinieken bezocht. In 2014 is hij verhuisd naar Groningen, waar een onderzoek heeft plaatsgevonden, omdat verzoeker steeds terugviel in zijn verslavingen. Hij was in Amsterdam een keer bij Trubendorffer geweest voor een ambulante behandeling. Hij heeft zich hier later opnieuw gemeld, en hij mocht

toen vanuit Groningen deel nemen aan de behandelingen. De bedoeling was dit één keer per week te doen, maar dit werd vaker. De reizen waren op zich een soort behandeling, omdat hij op dat moment niets anders kon doen. Hij zat in de tijd ook in de schuldsanering. Zijn dochter kocht de treinkaarten en gaf deze aan hem. Hij kon op die manier geen schulden maken of andere dingen met het geld doen. Door de ziektekostenverzekeraar is hem gezegd dat hij de kaartjes mocht declareren. Hij is begonnen met de behandeling in Amsterdam. De ziektekostenverzekeraar houdt rekening met storingen bij de NS. De ziektekostenverzekeraar kwam in eerste instantie uit op 9 mogelijke vertragingen, maar dit is absurd. Heel regelmatig miste hij bijvoorbeeld een aansluiting, omdat zijn trein iets te laat was. Hij reisde ook met vertraging altijd door, en hij gaf dit door bij Trubendorffer. Dit zou genoteerd worden, maar dit is niet gebeurd. Hij ging nooit voor niets, want hij ging dan altijd naar een 12-stappen meeting. Die worden niet vergoed. Hij meldde zich bij Trubendorffer, maar mocht daar niet meer aan de behandeling deelnemen als hij te laat kwam. Hij schat dat dit zeker 40 keren is gebeurd in drie jaar tijd.

- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft onderzoek gedaan naar de door verzoeker ingediende vervoersdeclaraties over de periode van 30 december 2015 tot en met 26 juni 2020. Bij brief van 6 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd om de afsprakenkaartjes en/of afsprakenoverzichten over de onderzoeksperiode. Uit de door verzoeker overgelegde stukken bleek dat er tegenover 217 gedeclareerde vervoersritten geen afspraak bij een zorgverlener stond. Verzoeker heeft verklaard dat de treinkaartjes van tevoren werden gekocht en vervolgens allemaal werden gedeclareerd, ook de ritten die uiteindelijk niet daadwerkelijk hadden plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat hierbij geen sprake was van fraude, maar van een 'administratieve fout' van verzoeker. Wel heeft de ziektekostenverzekeraar de vervoersritten waar geen afspraak tegenover stond van hem teruggevorderd. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar 39 correcties op de terugvordering uitgevoerd. Dit betroffen 8 significante vertragingen en 31 declaraties met verwisselde reisbestemmingen.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar vordert thans een bedrag van € 8.622,90 terug. Dit zijn 163 gedeclareerde vervoersritten waar geen afspraak bij een zorgverlener of mogelijk significante vertraging tegenover staat. Helaas is het voor de periode van maart 2016 tot en met december 2017 niet altijd mogelijk de exacte datum vast te stellen van de ritten die wel zijn gedeclareerd, maar niet overeenkomen met de afsprakenkaarten. Dit komt doordat de declaratieformulieren toen niet zo specifiek waren. In 2018 heeft verzoeker wel de data van de ritten op het declaratieformulier vermeld. Voor die periode is het dan ook wel mogelijk vast te stellen op welke data er ritten zijn gedeclareerd die niet voorkomen op de afsprakenkaarten. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht gemaakt van de gemaakte ritten, afgezet tegen de afspraken op de afsprakenkaarten en met mogelijke vertragingen. De ziektekostenverzekeraar heeft in het kader van het voorgelegde geschil nog eens 15 mogelijk significante vertragingen vastgesteld. Ook voor deze data geldt dat niet vaststaat dat verzoeker toen daadwerkelijk heeft gereisd, maar de ziektekostenverzekeraar geeft hem hierin het voordeel van de twijfel. De overige door verzoeker opgegeven mogelijke vertragingen kunnen niet leiden tot correcties, omdat deze niet binnen de gedeclareerde perioden of gedeclareerde dagen vallen. Daarnaast heeft verzoeker zich op 11 mei 2018 aangemeld bij Trubendorffer, zodat de vertraging op die dag niet van invloed is geweest op zijn aanwezigheid. De ziektekostenverzekeraar is dan ook van mening dat er niet meer mogelijke vertragingen zijn aangetoond die voor correctie op de terugvordering in aanmerking komen. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar geconstateerd dat verzoeker op 17 maart 2017 bij NPI is geweest, terwijl er in de declaratieperiode van 10 maart 2017 tot en met 19 maart 2017 nog een gedeclareerde rit naar Trubendorffer niet met een afspraak kon worden gestaafd. De ziektekostenverzekeraar vordert ook deze vervoersrit niet langer terug. Deze rit was nog niet in de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen gecorrigeerd.

De ziektekostenverzekeraar betwist dat uit de brief van Trubendorffer van 22 december 2017 zou blijken dat verzoeker gedurende zijn gehele behandeling 4 á 5 dagen per week aanwezig was. Allereerst ziet deze verklaring alleen op de maanden november en december 2017. Bovendien betreft deze verklaring ofwel een globale schatting, ofwel kan deze nader worden gespecificeerd. De ziektekostenverzekeraar gaat hier dan ook uit van de nadere specificatie zoals die uit de aanmeldijsten van Trubendorffer blijkt. De ziektekostenverzekeraar wenst verder op te merken dat het niet invullen van de presentielijsten bij de groepsessies van Trubendorffer voor rekening en risico van verzoeker komt.

- 5.3. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar op enig moment zou hebben toegezegd dat wegens ziekte niet gebruikte treinkaartjes op grond van overmacht mochten worden gedeclareerd. Dit is onjuist, aangezien de Zorgverzekeringswet uitsluitend vergoeding kent voor kosten van zorg die daadwerkelijk is geleverd. Bij gebrek aan wetenschap betwist de ziektekostenverzekeraar dat deze toezegging is gedaan. Verzoeker laat na te onderbouwen wanneer en door wie deze toezegging is gedaan. Hij heeft dan ook niet aannemelijk heeft gemaakt dat dit gesprek heeft plaatsgevonden en dat daarbij een ongeclausuleerde en eenduidige toezegging is gedaan. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat van een groot aantal vervoersritten niet is aangetoond dat deze verband hielden met zorg. De ziektekostenverzekeraar vordert de vergoeding van deze vervoerskosten zijns inziens dan ook terecht terug.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat door verzoeker in totaal 52 mogelijke vertragingen zijn aangedragen, waarvan 23 mogelijke vertragingen zijn gecorrigeerd. De overige vertragingen konden niet worden gecorrigeerd, omdat deze buiten de gedeclareerde periode vielen. Over de verwisseling van de reisbestemmingen is eerder gesproken, en deze zijn zo goed mogelijk meegenomen in de correcties. Het lag op de weg van verzoeker om op het moment dat hij vervoer declareerde, duidelijk te maken dat de zorg is verleend. Het ligt in zijn risicosfeer als hij de presentielijst niet altijd heeft ingevuld. Er is verder gekeken naar de declaratie van Trubendorffer, maar hieruit kunnen niet de exacte behandeldata worden herleid. Als er niet wordt geregistreerd, krijgt Trubendorffer minder geld. Er is dus wel belang bij een goede registratie. Ook als het aantal minuten dat is gedeclareerd wordt gedeeld door het aantal minuten van een behandeling, kan dit niet worden herleid naar het aantal ritten dat is gedeclareerd. Verzoeker heeft een betalingsregeling lopen, en heeft een flink bedrag al betaald. Deze zijn in de reactie nog buiten beschouwing gebleven. Verzoeker heeft 11 maal € 105,21 betaald, en eenmalig € 1.000,-. Dit bedrag wordt in mindering gebracht op de vordering.
- 5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker op grond van de zorgverzekering aanspraak had op vervoer per openbaar vervoer naar de instelling voor verslavingszorg en de instelling voor GGZ- zorg. Het vormt een gegeven dat verzoeker een deel van de 163 (217-39-15) ritten die hij in verband hiermee heeft gedeclareerd en die nu onderwerp zijn van dit geschil, hoe dan

ook niet heeft gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dit door hem niet wordt aangemerkt als fraude, omdat niet is gebleken van het opzet tot misleiding. De vraag die voorligt, is of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft besloten de vergoeding van 163 ritten van verzoeker terug te vorderen.

- 7.3. Door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht dat de vordering ter zake van de oorspronkelijke 217 ritten was gebaseerd op een door hem gemaakte vergelijking tussen de geregistreerde afspraken bij de twee zorginstellingen en de gedeclareerde ritten. Na bemiddeling door de Ombudman Zorgverzekeringen is hierop een correctie aangebracht. Een deel van deze correctie heeft te maken met het toeschrijven van de ritten aan de verkeerde instelling. Achtergrond van deze fout is dat verzoeker op het declaratieformulier niet steeds de juiste zorgaanbieder had ingevuld. Dat hem dit zo is aangeraden door de ziektekostenverzekeraar is door verzoeker weliswaar gesteld, maar verder niet aannemelijk gemaakt. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar deze 31 ritten gecorrigeerd. Het andere deel van de correctie ziet op vertragingen bij het openbaar vervoer. Naar de commissie begrijpt, kon verzoeker als hij te laat voor zijn afspraak kwam, niet meer naar binnen, en werd de afspraak ook niet geregistreerd. De ziektekostenverzekeraar heeft van 8 (in eerste instantie 9) afspraken aangenomen dat deze mogelijk niet konden doorgaan vanwege significante vertragingen van de trein. Deze ritten zijn in mindering gebracht op het totaal. Ten tijde van de onderhavige procedure heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals 15 mogelijke vertragingen gecorrigeerd, zodat het totaal terug te vorderen ritten uitkomt op 163. Daarom is het terug te vorderen bedrag verlaagd naar € 8.622,90.

Verzoeker heeft aan de hand van algemene informatie over het treinverkeer aangevoerd dat er veel vaker vertragingen waren, zodat er meer ritten in mindering zouden moeten worden gebracht. Ook is hij van mening dat er meer dan 31 ritten verkeerd zijn gedeclareerd. Tot slot zijn er volgens hem diverse afspraken niet geregistreerd bij de zorginstelling, omdat hij zijn aanwezigheid niet had vermeld op een presentielijst. Verzoeker heeft berekend dat in ieder geval nog 35 ritten in mindering moeten worden gebracht. In hoeveel gevallen er door hem wel reiskosten zijn gedeclareerd terwijl de ritten niet zijn gemaakt heeft verzoeker niet toegelicht.

- 7.4. De commissie stelt voorop dat, nu verzoeker aanspraak heeft gemaakt op vergoeding van de vervoerskosten ten laste van de zorgverzekering en hij heeft erkend dat de door hem ingediende declaraties van de 163 ritten niet steeds overeenkomen met de afsprakenregistraties van de zorgaanbieders, het aan hem is om aannemelijk te maken dat hij de ritten die aldus niet zijn verantwoord wel heeft gemaakt. Algemene informatie over het treinverkeer is hiervoor onvoldoende. Bovendien geldt hierbij dat het diverse keren te laat komen op afspraken niet alleen kan worden verweten aan de vervoerder. Verzoeker had, hiermee bij herhaling geconfronteerd zoals hij heeft gesteld, er immers voor kunnen kiezen zekerheidshalve een trein eerder te nemen. Wat verzoeker heeft aangevoerd over het verkeerd declareren kan evenmin overtuigen. Het totaal van de geregistreerde afspraken bij de beide zorginstellingen blijft immers gelijk. Het lag op de weg van verzoeker te stellen en te onderbouwen dat op bepaalde dagen wél een afspraak werd geregistreerd zonder dat door hem vervoer naar die betreffende instelling werd gedeclareerd, in welk geval de door de ziektekostenverzekeraar reeds uitgevoerde correctie niet volledig zou zijn. Dit heeft hij echter nagelaten. Het niet invullen van een presentielijst bij één van de instellingen ligt in de risicosfeer van verzoeker zodat dit argument evenmin kan overtuigen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarmee in redelijkheid tot zijn beslissing kunnen komen het bedrag van totaal € 8.622,90 van verzoeker terug te vorderen. Dit bedrag is door hem zonder rechtsgrond, en daarmee onverschuldigd, aan verzoeker betaald. Laatstgenoemde is op grond van artikel 6:203 BW daarom gehouden tot terugbetaling. Naar de commissie begrijpt, is een deel van de vordering al door verzoeker terugbetaald. Dit deel dient in mindering te worden gebracht op het openstaande bedrag.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 december 2022,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

- art. 6:203 BW

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.