



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg
Zaak	: Fraude, declaraties PGB vv, beëindiging zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering, registratie in interne incidentenregister, opname persoonsgegevens in Extern Verwijzingsregister, melding van dossier bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude, aangifte
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2015-2019, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015-2019, 7:941 BW
Zaaknummer	: 202001439
Zittingsdatum	: 20 januari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 8 juni 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 oktober 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 oktober 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 januari 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was tot en met 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus en Tandarts (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 augustus 2019 per brief aan de moeder van verzoeker meegedeeld dat de declaraties betreffende haar PGB vv zijn overgedragen aan het Bureau Bijzonder Onderzoek. Deze afdeling zou een fraudeonderzoek uitvoeren naar de ten behoeve van de moeder van verzoeker gedeclareerde nota's, waarbij zou worden getoetst of de nota's correct waren.

3.3. Op 31 augustus 2019 heeft verzoeker namens zijn moeder aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat zij zich van iedere beschuldiging van fraude distantieert.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 september 2019 kort gereageerd op de brief van verzoeker van 31 augustus 2019. De ziektekostenverzekeraar schrijft dat hij in het kader van het onderzoek zijn bevindingen nog niet met verzoeker deelt. Hij zou hierover op korte termijn worden geïnformeerd.

3.5. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 16 september 2019 aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat ten behoeve van zijn moeder inderdaad zorg is gedeclareerd die niet is geleverd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 september 2019 per brief aan verzoeker meegedeeld dat voornoemd onderzoek is afgerond. Uit het onderzoek is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat in

de jaren 2015 tot en met 2019 structureel valse nota's ter declaratie zijn ingediend. De totale schade bedraagt € 37.205,--. Verzoeker is gevraagd een schriftelijke verklaring te geven met betrekking tot de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.7. Verzoeker heeft op 8 oktober 2019 schriftelijk gereageerd op de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar. Zijn moeder heeft deze reactie mede ondertekend. Verzoeker bekent dat hij namens zijn moeder over meerdere jaren valse declaraties heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft hierbij aangevoerd aan dat sprake is van persoonlijke en verzachtende omstandigheden.
- 3.8. Op 2 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker per brief meegedeeld dat hij van mening is dat sprake is van door hem gepleegde fraude. In de periode 1 januari 2015 tot en met 31 augustus 2019 zijn bij de ziektekostenverzekeraar 49 valse declaraties ingediend van de zorgaanbieder voor een totaalbedrag van € 38.527,36. Deze declaraties zijn uitbetaald aan de moeder van verzoeker.
De ziektekostenverzekeraar treft daarom de volgende maatregelen tegen verzoeker:
- de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering worden met ingang van 1 februari 2020 beëindigd;
 - verzoeker mag gedurende vijf jaren geen zorgverzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar of één van de andere zorgverzekeraars van het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort;
 - de (persoons)gegevens van verzoeker worden opgenomen in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar.
 - de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in het Extern Verwijzingsregister (EVR) voor de duur van acht jaren.
 - het dossier van verzoeker is gemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude (CBV) van het Verbond van Verzekeraars.
 - de ziektekostenverzekeraar doet aangifte tegen verzoeker bij de politie.
- 3.9. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 19 januari 2020 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Het is de commissie niet gebleken dat een heroverweging heeft plaatsgevonden. Verzoeker heeft echter een klacht voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. In die procedure heeft de ziektekostenverzekeraar op 1 mei 2020 alsnog zijn eerdere beslissing heroverwogen.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen:

- (i) dat het fraudeonderzoek door de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig is geweest, en
- (ii) dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgverzekering niet rechtsgeldig heeft beëindigd.

4.2. Verzoeker heeft het verzoek in zijn pleitnota uitgebreid en de commissie verzocht tevens te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar zijn gegevens ten onrechte heeft geregistreerd in het interne incidentenregister en het EVR, terwijl daarnaast ten onrechte melding bij het CBV heeft plaatsgevonden. De termijn van registratie respectievelijk melding zou in ieder geval moeten worden verkort.

De commissie overweegt dat op grond van artikel 6.4 van het toepasselijke reglement verzoeker de grondslag van zijn verzoek kon wijzigen tot het moment waarop aan hem werd gevraagd kenbaar te maken of hij wenst deel te nemen aan een hoorzitting. Dit laatste is gebeurd op 28 oktober 2020. De uitbreiding van het verzoek in de pleitnota was dan ook tardief (te laat) en de commissie zal hierover dan ook geen inhoudelijk oordeel geven.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen het 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 A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

Gezien het beroep van verzoeker op de vernietigbaarheid van de algemene voorwaarden merkt de commissie hierbij het volgende op. Verzoeker heeft het geschil voorgelegd aan de commissie. Hiermee heeft hij de bevoegdheid van de commissie in deze zaak erkend. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens gereageerd op het voorgelegde geschil. Hiermee heeft ook de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de commissie in deze zaak bevoegd is.

6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat in de jaren 2015 tot en met 2019 ten behoeve van de moeder van verzoeker valse nota's ter zake van het PGB vv ter declaratie zijn ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en dat deze op grond van de valse nota's vergoedingen aan haar heeft verleend. Wat partijen verdeeld houdt, is of het onderzoek hiernaar – en in dit verband met name naar de rol van verzoeker hierbij - zorgvuldig heeft plaatsgevonden en of de ziektekostenverzekeraar bij wijze van sanctie tot beëindiging van de verzekeringen van verzoeker mocht besluiten.

Standpunt verzoeker

6.3. Verzoeker heeft toegelicht dat valse nota's zijn gedeclareerd omdat hij en zijn moeder, bij wie hij inwoont, in financiële moeilijkheden verkeerden. Ook hebben zij beiden te maken met gezondheidsproblemen. Nadat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding had verleend op grond van een valse nota, was de verleiding om dit nogmaals te doen te groot. Verzoeker heeft bekend dat hij ten behoeve van zijn moeder over meerdere jaren valse nota's heeft gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Zijn moeder heeft deze verklaring mede ondertekend.

Verzoeker had het plan om oneigenlijk gebruik te maken van het PGB vv opgevat nadat de zorgaanbieder iets vergelijkbaars had voorgesteld. Het voorstel was om 'begeleiding individueel' in te zetten voor de huishoudelijke ondersteuning, tot duidelijk zou zijn of de gemeente een indicatie zou afgeven voor huishoudelijke ondersteuning. De redenering van verzoeker en zijn moeder hierbij was dat het niet zoveel zou uitmaken hoe het geld werd besteed, omdat zijn moeder er recht op had. Bovendien is het geld niet gebruikt voor luxe, maar voor bijvoorbeeld boodschappen, de eigen bijdragen en niet door de verzekering gedekte zorgkosten.

Verzoeker schrijft op 8 oktober 2019 dat zorg is gedeclareerd die niet daadwerkelijk is geleverd en dat het ten onrechte uitgekeerde bedrag vanzelfsprekend moet worden terugbetaald. Hij en zijn moeder hebben een betalingsregeling voorgesteld. Er wordt gestart met maandelijkse termijnen van € 150,--, en vanaf april 2020 wordt de termijn verhoogd naar € 300,-- per maand.

In zijn brief van 19 januari 2020 stelt verzoeker dat de fraude onvoldoende is bewezen. De zorgaanbieder heeft immers ook twijfelachtige ideeën over het gebruiken van zorggelden en is herhaaldelijk door de Sociale Verzekeringsbank op de vingers getikt voor onjuiste facturering. Volgens verzoeker kan niet worden uitgesloten dat de zorgaanbieder een belang heeft bij het geven

van een verkeerde voorstelling van zaken. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom niet zomaar uitgaan van de door de zorgaanbieder verstrekte informatie in het kader van het fraudeonderzoek.

Verzoeker is daarnaast van mening dat het onderzoek onzorgvuldig is geweest, omdat hoor en wederhoor niet is toegepast. En de ziektekostenverzekeraar heeft hem voorafgaand aan de bestreden beslissing geen inzage gegeven in de stukken. Hij heeft de vermeende valse facturen niet kunnen controleren. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar wel de nota's overgelegd, maar hierbij is niet vermeld welke nota's precies vals zouden zijn. Daarnaast is toen een Excel sheet met bedragen aangeleverd, maar dit is volgens verzoeker zonder betekenis omdat een toelichting ontbreekt. Verzoeker concludeert dat de vordering onvoldoende is onderbouwd.

Aangezien de ziektekostenverzekeraar niet heeft bewezen dat verzoeker fraude heeft gepleegd, mocht hij zijn verzekeringen ook niet beëindigen, zoals hij met een beroep op de algemene voorwaarden heeft gedaan. Bovendien betreft de verzekering ten laste waarvan de fraude is gepleegd niet zijn verzekering, maar die van zijn moeder. Daarnaast heeft het dossier drie maanden stil gelegen, nadat hij op 8 oktober 2020 had gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar. En de brief van 2 januari 2020 is pas op 17 januari 2020 door verzoeker ontvangen. Hierdoor had hij nog maar twee weken om een nieuwe verzekering te zoeken.

Volgens verzoeker zijn voorts de algemene voorwaarden niet op de juiste wijze aan hem ter hand gesteld, en zijn deze daarom vernietigbaar.

Verzoeker stelt verder dat in het telefoongesprek van 20 september 2019 de ziektekostenverzekeraar hem *"de mogelijkheid in het vooruitzicht [had] gesteld dat bij medewerking, door openheid van zaken te geven, er door [de ziektekostenverzekeraar] geen aangifte zal worden gedaan tegen ons."* Daarnaast werd gesuggereerd dat de verzekeringen van verzoeker niet zonder meer zouden worden geroeyeerd. Hierop is de ziektekostenverzekeraar niet meer ingegaan in de beslissing van 2 januari 2020. Verzoeker concludeert daarom dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de schijn heeft gewekt dat hij bij medewerking enige coulance zou betrachten.

Verzoeker en zijn moeder hebben op 6 april 2020 aan de ziektekostenverzekeraar een schikkingsvoorstel gedaan. Zij zijn bereid, verspreid over een periode van zes jaren een bedrag van totaal € 10.000,- terug te betalen tegen finale kwijting.

Ter zitting is door verzoeker herhaald dat hoor en wederhoor niet is toegepast voordat de bestreden beslissing werd genomen. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar geen helder en inzichtelijk rapport betreffende het verrichte onderzoek overgelegd.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de betrokken zorgaanbieder, nadat hij ten behoeve van de moeder van verzoeker 'vreemde' facturen ter declaratie had ontvangen. De zorgaanbieder heeft hierop verklaard dat hij de toegestuurde facturen niet heeft opgesteld. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgaanbieder gevraagd hem een overzicht te geven van de kosten van de daadwerkelijk aan de moeder van verzoeker geleverde zorg. De zorgaanbieder heeft dit overzicht verstrekt. De ziektekostenverzekeraar heeft de door verzoeker ten behoeve van zijn moeder gedeclareerde nota's vergeleken met het overzicht van de zorgaanbieder. Hieruit bleek dat een groot deel van de door verzoeker ter declaratie ingediende nota's vals was, en dat een aantal andere nota's was aangepast. Hierdoor is een bedrag van totaal € 37.205,- ten onrechte uitbetaald.

Nadat aan verzoeker was bericht dat het dossier van hem en zijn moeder was overgedragen aan het Bureau Bijzonder onderzoek, heeft hij aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij de beschuldiging van fraude verwerpt, en dat een onaangekondigd huisbezoek wordt gezien als huisvredebreuk. Een week later heeft hij gevraagd of de ziektekostenverzekeraar afziet van maatregelen als hij en zijn moeder meewerken aan het onderzoek en bereid zijn om eventueel

onterecht vergoede bedragen terug te betalen. Door de ziektekostenverzekeraar is toen geantwoord dat het nog te vroeg was om hierover uitspraken te doen. In algemene zin is aangegeven dat bij het vaststellen van maatregelen rekening wordt gehouden met de mate van medewerking. En dat bij mensen die niet meewerken aan het onderzoek veelal aangifte wordt gedaan. In reactie hierop heeft verzoeker toegegeven dat er zorg is gedeclareerd die niet is geleverd.

Op basis van de bewijsmiddelen, namelijk de vergelijking van de facturen van de zorgaanbieder met de valse facturen, de verklaring van de zorgaanbieder én de bekentenis van verzoeker en zijn moeder, heeft de ziektekostenverzekeraar op 2 januari 2020 de maatregelenbrief verstuurd. In deze brief is ten onrechte vermeld dat het bedrag hoger is geworden, namelijk € 38.527,36. Per abuis is ook een correcte nota meegenomen in de berekening. Uit het overgelegde overzicht blijkt dat het te vorderen bedrag € 37.205,-- is. Op de toegestuurde acceptgiro staat overigens wel het juiste bedrag vermeld.

Anders dan door verzoeker is betoogd, is hoor en wederhoor toegepast. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar hem de mogelijkheid geboden te reageren op de onderzoeksbevindingen. Deze zijn al in de brief van 19 september 2019 met hem gedeeld. Hierbij zijn zeven valse facturen met naam en toenaam genoemd. Vervolgens is het aantal facturen alsmede de controleperiode vermeld. Hiermee is verzoeker in de gelegenheid gesteld om via de online CZ omgeving van zijn moeder te bekijken welke facturen door hem zijn ingediend. Als dit voor verzoeker onvoldoende was, had het op zijn weg gelegen om te vragen welke nota's exact als vals zijn aangemerkt. Dit heeft hij echter niet gedaan.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij van de zorgaanbieder alle facturen heeft ontvangen die door deze zijn uitgeschreven. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar deze naast de door verzoeker ten behoeve van zijn moeder ter declaratie ingediende nota's gelegd. Als een ter declaratie ingediende nota niet tussen de facturen van de zorgaanbieder zat, is die nota dus vals. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht gemaakt van alle bedragen die zijn gedeclareerd en de bedragen die op de facturen van de zorgaanbieder staan vermeld. Het is juist dat de ziektekostenverzekeraar de valse nota's niet heeft gecorrigeerd voor de zorg die wel aan de moeder van verzoeker is geleverd. Op basis van de polisvoorwaarden vervalt het recht op uitkering, ongeacht de mate waarin is gefraudeerd, en komt de gehele nota niet voor vergoeding in aanmerking.

De ziektekostenverzekeraar mag op grond van artikel A.6.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, bij (een poging tot) een misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, alle bij hem afgesloten verzekeringen per direct beëindigen, de betaalde vergoedingen terugvorderen, de kosten van onderzoek verhalen, aangifte doen bij de politie en de verzekerden registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen. De door de ziektekostenverzekeraar genomen maatregelen zijn conform de polisvoorwaarden en de landelijke maatregelen richtlijn van Zorgverzekeraars Nederland. Gezien de ernst, de duur en de schade van de gepleegde zorgfraude zijn deze maatregelen proportioneel, redelijk en billijk.

Ten aanzien van de vermeende vernietigbaarheid van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. De polisvoorwaarden, reglementen en andere bijbehorende bijlagen staan op de website. Hier wordt ook naar verwezen. Verzekerden kunnen deze ook opvragen bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft namens zijn moeder vele declaraties via de digitale omgeving van MijnCZ ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hiermee staat vast dat hij bekend was met de website van de ziektekostenverzekeraar.

Dat verzoeker zou zijn getroffen doordat de ziektekostenverzekeraar een fraudeonderzoek heeft moeten doen, is de omgekeerde wereld. De ziektekostenverzekeraar verwerpt de opmerkingen van verzoeker over het onderzoek dan ook ten stelligste.


Verzoeker heeft jarenlang stelselmatig gefraudeerd met zorggelden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierdoor aanzienlijke schade geleden. Hij heeft daarom aangifte gedaan en hoopt dat dit dossier een strafrechtelijk vervolg zal krijgen, uitmondend in een strafrechtelijk vonnis. Over de stand van zaken van de aangifte zal verzoeker worden geïnformeerd door justitie.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoeker meermaals heeft erkend dat hij heeft gefraudeerd. De ziektekostenverzekeraar ontkent dat een toezegging is gedaan ten aanzien van de te treffen maatregelen als verzoeker zou meewerken aan het onderzoek. Tijdens bedoeld telefoongesprek is aangegeven dat dat op dat moment nog niet te beoordelen was. Er is niet gezegd dat er een lager bedrag zou worden teruggevorderd of dat geen aangifte zou worden gedaan.


Overwegingen


- 6.5. De commissie stelt in de eerste plaats vast dat in de onderhavige zaak de hoogte van het teruggevorderde bedrag alsmede de gevorderde onderzoekskosten niet ter discussie staan. Zoals door verzoeker terecht is opgemerkt, heeft de fraude plaatsgevonden met het PGB vv van zijn moeder en binnen het kader van haar verzekeringsovereenkomst. Beide vorderingen zijn dan ook tegen haar gericht. Waar het de zaak van verzoeker betreft overweegt de commissie als volgt.
- 6.6. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk een fraudeonderzoek is gestart naar de moeder van verzoeker. Verzoeker kwam pas in beeld bij het onderzoek toen hij op 8 oktober 2019 bekende de fraude met haar PGB vv te hebben gepleegd. In de betreffende brief, die mede werd ondertekend door zijn moeder, heeft verzoeker verklaard dat hij namens haar gedurende enkele jaren valse declaraties heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Ook is door hem schriftelijk toegelicht hoe hij en zijn moeder op het idee waren gekomen, en waarom hij de valse nota's ter declaratie heeft ingediend. Daarmee vormt de uitkomst van het onderzoek, te weten dat verzoeker en zijn moeder fraude hebben gepleegd, een gegeven, en kan de gestelde onzorgvuldigheid enkel betrekking hebben op de wijze waarop het onderzoek hiernaar is uitgevoerd.
- 6.7. Ten aanzien van de wijze waarop het onderzoek heeft plaatsgevonden – aanvankelijk dus alleen naar de moeder van verzoeker - stelt de commissie vast dat zij op 30 augustus 2019 door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd over het feit dat een fraudeonderzoek was gestart in verband met de door haar gedeclareerde kosten op basis van een PGB vv. Op 19 september 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn bevindingen meegedeeld. De moeder van verzoeker is toen in de gelegenheid gesteld hierop schriftelijk te reageren. Hoor en wederhoor is dus, anders dan door verzoeker is gesteld, door de ziektekostenverzekeraar toegepast. Het feit dat de ziektekostenverzekeraar geen onderzoeksrapport heeft gemaakt in de onderhavige zaak betekent niet dat het onderzoek om die reden onzorgvuldig was. De ziektekostenverzekeraar heeft in deze zaak de door hem gebruikte stukken overgelegd alsmede een overzicht van de gedeclareerde bedragen en de bedragen die volgens de zorgaanbieder zijn gefactureerd. Hieruit blijkt duidelijk welke stukken de ziektekostenverzekeraar heeft gebruikt en hoe hij tot zijn conclusies is gekomen.
- 6.8. Elke mogelijke kritiek die verzoeker zou kunnen hebben met betrekking tot de zorgvuldigheid van het onderzoek naar zijn specifieke rol bij de fraude is niet ter zake doende en achterhaald door zijn bekentenis van 8 oktober 2019. Als gezegd, was hij voordien niet in beeld en kon het onderzoek – dus – ook niet op hem zijn gericht. Nadien was er geen aanleiding tot verder onderzoek, gegeven de resultaten die er toen al lagen, in combinatie met de verklaring van verzoeker omtrent zijn rol bij het indienen van de valse nota's.
- 6.9. De commissie concludeert dat het door de ziektekostenverzekeraar verrichte onderzoek, met name dat naar de fraude door verzoeker, zorgvuldig is geweest.

Het tweede onderdeel van het verzoek ziet op de vraag of de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering rechtsgeldig heeft beëindigd. De commissie overweegt dat verzoeker geen rechtens relevant belang heeft bij zijn verzoek op dit punt. Verzoeker heeft immers niet gesteld dat




hij schade heeft geleden. Ook is hij reeds elders verzekerd. Daarom behoeft dit punt geen verdere bespreking.

- 
- 6.10. Verzoeker heeft tot slot aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar hem heeft toegezegd dat bij medewerking coulance zou worden betracht. De ziektekostenverzekeraar heeft ontkend een dergelijke toezegging te hebben gedaan.




De commissie merkt op dat, gelet op artikel 150 Rv, de stelplicht en bewijslast ter zake bij verzoeker liggen. Hij heeft niet aannemelijk gemaakt dat een toezegging is gedaan en waar de coulance feitelijk betrekking op zou hebben. Omdat ten tijde van het gestelde gesprek de omvang van de fraude nog geenszins duidelijk was, en verzoeker en zijn moeder zich tot dat moment niet heel coöperatief hadden opgesteld, was er voor hen geen enkele reden om aan te nemen dat – bij welke vorm of mate van medewerking dan ook – hun handelen in de voorafgaande jaren zonder sanctie zou blijven.

- 
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies

- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 24 maart 2021,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Geldend van 15-11-2019 t/m heden

Artikel 941

- 1** Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
- 2** De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
- 3** Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
- 4** De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
- 5** Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

van uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;

- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

A.6.4. Misdrijf of overtreding

Als u zich tegenover ons of een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;
- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen, hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

A.7.1. Kosten

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie voor alle verzekerden op uw polis;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw (verzekerde en verzekeringnemer) rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u (verzekerde en verzekeringnemer) door rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten.
- eventuele toeslagen, onverschuldigde betalingen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan wij niet wettelijke rente, verdragingsrente en incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen als gevolg van een vrijwillig gekozen eigen risico staan op de premiebijlage.

A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en op welk moment u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder het 1^e bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de bruto premie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitskorting;
- korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één maand (betaaltermijnkorting).

A.7.4. Tot 18 jaar

Voor een verzekerde met een zorgverzekering bedraagt de premie € 0,- tot de 1e dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

lijk te laten functioneren.

Het gaat om zorg zonder dat sprake is van opname en/of verblijf. Als het medisch noodzakelijk is en voldaan is aan de voorwaarden in het indicatieprotocol omvat deze zorg ook verblijf.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

Er is sprake van een visuele beperking (volgens de NOG-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:

- een gezichtsscherpte van minder dan 0.3 aan het beste oog; of
- een gezichtsveld van minder dan 30 graden;
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Er is sprake van een auditieve beperking (volgens de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt; of
- als het drempelverlies groter is dan 25 dB.

Er is sprake van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (vastgesteld volgens multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen). Dit is het geval indien:

- de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
- de taalontwikkelingsstoornis primair is, dus dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

Zorgverlener

De zorg wordt in multidisciplinair verband verleend door zorgverleners die in een instelling voor zintuiglijk beperkten werkzaam zijn. De werkzaamheden van de zorgverleners beperken zich tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan zorg voor zintuiglijk beperkten worden gesteld.

- Een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde auditieve en communicatieve zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

- Een oogarts of een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde visuele zorg en het zorgplan. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

Verwijzing

Een medisch specialist verwijst op grond van de NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg. Voor aanvang van een extramurale behandeling is verwijzing nodig van:

- een medisch specialist of een klinisch fysicus audiologisch centrum als de stoornis / beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis / beperking is gewijzigd;
- een huisarts of jeugdarts als de stoornis / beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing van huisarts of jeugdarts nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als verblijf langer duurt dan 1 jaar. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt verleend in een instelling voor zorg voor zintuiglijk beperkten of bij u thuis.

B.26. Wijkverpleging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden voor alle leeftijden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

Integrale zorg

Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op

grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in de verzekeringsvoorwaarden. Als u integrale zorg ontvangt (zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd, zoals Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, WMO en Wlz), adviseren wij u hierover contact met ons op te nemen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.

Voorwaarden

Algemeen

U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.

Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.

Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.

Persoons Gebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een Persoons Gebonden Budget (PGB) bij ons aanvragen. In het Reglement PGB Verpleging

& Verzorging leest u daar meer over.

Zorgverlener

Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code "Verpleegkundige niveau 5" die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.

Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). De indicatie wordt gesteld aan de hand van een digitaal classificatiesysteem. Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van V&VN. De indicatiestelling wordt vermeld in het zorgplan.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een verpleegkundige, huisarts of medisch specialist. Voor het stellen van een indicatie kunt u een zorgverlener benaderen ook zonder dat u over een verwijzing beschikt.

Akkoordverklaring

- De zorgverlener waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze internetsite.
- Als de behandeling wordt gedaan door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereen-

komst hebben gesloten, is wel een akkoord-verklaring nodig (zie artikel A.18.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. "Intensieve Kindzorg" kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Er moet vaststaan dat:

- er per direct een aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf; en
- terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij er sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg voor maximaal 3 maanden. Deze maximum duur is niet van toepassing op palliatief terminale zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerstelijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie, specialistische diagnostiek, herstellende zorg of zorg op onplanbare momenten nodig is. Ook kan palliatief terminale zorg niet altijd thuis geleverd worden en biedt een hospice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent tijdens het kortdurend verblijf wel verzekerd voor medicijnen maar voor die zorg gelden dan de voorwaarden van artikel B.15 en B.16. en niet de voorwaarden van artikel B.27.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- U bent niet verzekerd voor kortdurend verblijf in een instelling als:
 - u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf wordt dan betaald vanuit de Wlz;
 - er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg als de mantelzorger tijdelijk niet in staat is de zorg te leveren, of de zorg alleen kan volhouden als hij/zij een adempauze krijgt. Deze zorg valt onder de Wet Maatschappelijke ondersteuning. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente;
 - u jonger bent dan 18 jaar. De zorg valt dan onder de Jeugdwet. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een specialist ouderenzorg en/of arts verstandelijk gehandicapten verlenen de geneeskundige zorg in samenwerking en/of afstemming met de huisarts.

De verzorgende of verpleegkundige verleent de zorg in afstemming met de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde / arts verstandelijk gehandicapten. De huisarts kan de zorg ook zelf verlenen.

Als het gaat om paramedische zorg verleent een paramedicus de zorg. In artikel B.8 tot en met B.11 kunt u onder het kopje "zorgverlener" zien welke zorgverlener welke paramedische zorg mag verlenen.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundige en/of medisch specialist.

Behandelvoorstel

De huisarts stelt de indicatie van het kortdurend verblijf in samenspraak met de wijkverpleegkundige en in overleg met de specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.