

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401689

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 12 september 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 september 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 14 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 november 2024 aan verzoeker gezonden.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een heroverweging uit te brengen over de vraag of verzoeker fraude heeft gepleegd. Bij brief van 13 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 januari 2025 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen bij een e-mailbericht van 22 januari 2025, op de heroverweging gereageerd. Een afschrift hiervan is op 23 januari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen drie weken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 februari 2025 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 12 februari 2025 aan verzoeker gezonden.

- 1.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 6 maart 2025 nadere informatie gestuurd, die op 7 maart 2025 in kopie ter kennisname aan verzoeker is gezonden.
- 1.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 maart 2025 opnieuw door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 19 maart 2025 een afschrift van het controleplan gestuurd, dat bij brief van 21 maart 2025 in kopie ter kennisname aan verzoeker is gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgvariatiepolis (combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker is aangewezen op Persoonlijke Verzorging, die aan hem wordt verleend door een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Bij brief van 12 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij een onderzoek is gestart naar de rechtmatigheid van de declaraties van deze zorgaanbieder. In dat kader zijn aan verzoeker enkele vragen gesteld.
- 2.3. Bij separaat e-mailbericht van 12 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd aan verzoeker meegedeeld dat de ingediende nota van de zorgaanbieder 'on hold' is gezet.
- 2.4. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 19 september 2024 op een aantal van de door de ziektekostenverzekeraar in de brief van 12 september 2024 gestelde vragen geantwoord.
- 2.5. Bij brief van 8 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een fraudeonderzoek is gestart naar zijn declaraties. Bij brief van 11 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een reactie gestuurd naar aanleiding van zijn verzoek om inzage in de verwerkte persoonsgegevens in het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).
- 2.6. Bij brief van 25 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat het fraudeonderzoek door hem is afgerond. In dat kader worden de volgende maatregelen getroffen:
 - de ziektekostenverzekeraar vordert de verleende vergoeding van € 48.509,16 terug van verzoeker dan wel de zorgaanbieder;
 - de ziektekostenverzekeraar vordert de onderzoekskosten van € 528,-- van verzoeker;
 - de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker worden door de ziektekostenverzekeraar beëindigd met ingang van 1 december 2024;
 - verzoeker mag de komende vijf jaren geen zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar afsluiten;
 - de persoonsgegevens van verzoeker zijn opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het Interne Verwijzingsregister (IVR);
 - de persoonsgegevens van verzoeker zijn opgenomen in het Incidentenregister;

- de persoonsgegevens van verzoeker zijn opgenomen in het Extern Verwijzingsregister (EVR).
- 2.7. De maatregelen met betrekking tot de registraties onder 5., 6. en 7. zijn aan verzoeker opgelegd tot 8 november 2032.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulieren van 12 september 2024 en 30 oktober 2024 aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de nota's van zijn zorgaanbieder te (blijven) vergoeden. Bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen bij een e-mailbericht van verzoeker van 1 december 2024, heeft verzoeker de commissie verzocht:

- vast te stellen op basis van welke specifieke informatie de ziektekostenverzekeraar de onderzoeken is gestart, en welke informatie eventueel later nog is verkregen;
- vast te stellen of deze informatie rechtmatig is verkregen, en of daarmee het onderzoek rechtmatig is gestart;
- vast te stellen of de ziektekostenverzekeraar het onderzoek grondig genoeg heeft uitgevoerd;
- vast te stellen of de administratie die verzoeker en zijn zorgaanbieder moeten bijhouden voldoet aan de wet- en regelgeving;
- vast te stellen of de bevindingen (vermoedens) van de ziektekostenverzekeraar voldoende zijn om te stellen dat zijn zorg niet door de rechtspersoon van de zorgaanbieder is geleverd en er sprake is van fraude;
- de ziektekostenverzekeraar te verplichten het controledoel en controleplan te delen, en vervolgens te oordelen of de informatieverzoeken voldoen aan de doelbinding volgens de AVG, het proportionaliteits- en/of subsidiariteitsbeginsel, etc.;
- vast te stellen of verzoeker voldoende heeft meegewerkt aan het onderzoek;
- te oordelen of de persoonsgegevens van verzoeker rechtmatig in de registers zijn opgenomen;
- te oordelen dat de ziektekostenverzekeraar hoofdelijk aansprakelijk is voor alle gevolgen indien de meldingen onrechtmatig zijn;
- te oordelen of de ziektekostenverzekeraar van verzoeker het bedrag van € 48.509,16 mag terugvorderen;
- te oordelen of verzoeker de onderzoekskosten van € 528,00 aan de ziektekostenverzekeraar moet betalen;
- te oordelen dat de ziektekostenverzekeraar binnen enkele dagen alsnog de declaraties die zijn geblokkeerd dient te vergoeden;
- te oordelen of de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering binnen de zeer korte termijn na de aankondiging hiervan mocht beëindigen;
- te oordelen of de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering dient te herstellen;
- te beoordelen of verzoeker recht heeft op een schadevergoeding van € 5.000,--;
- de ziektekostenverzekeraar te verplichten verzoeker binnen enkele dagen alsnog inzicht te geven in de verwerking van zijn persoonsgegevens zoals door hem verzocht op 23 september 2024, op straffe van een dwangsom;
- de ziektekostenverzekeraar te verplichten kopieën aan te leveren van informatie over met welke partijen en wanneer de informatie is gedeeld en ontvangen, op straffe van een dwangsom;
- een afweging te maken dit dossier voor te leggen bij de Tuchtcommissie.

- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in het klachtenformulier van 12 september 2024 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar uitbetaling van de gedeclareerde facturen heeft geblokkeerd omdat hij de zorgaanbieder verdenkt van fraude. De gedeclareerde facturen voldoen aan alle eisen zoals gesteld in de voorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar mag vergoeding hiervan daarom niet weigeren. Overigens is verzoeker van mening dat het onderzoek naar de zorgaanbieder ten onrechte is ingesteld. In het verleden is dit ook een keer gebeurd, en toen is de vordering na tussenkomst van de SKGZ ingetrokken.
- 3.3. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 30 oktober 2024 meegedeeld dat hij de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht om inzage in de verwerkte persoonsgegevens. Hierop is door deze niet tijdig gereageerd.
- 3.4. Verzoeker heeft in een ongedateerde brief, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, een reactie gegeven op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 november 2024. Hierin heeft hij meegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar, na een maandenlang durend onderzoek naar zijn zorgaanbieder, nu pas het onderzoek heeft uitgebreid naar hemzelf. De ziektekostenverzekeraar schrijft dat uit het onderzoek blijkt dat de door verzoeker gedeclareerde zorg niet is geleverd, en dat hij daarom een vermoeden van fraude heeft. Als de zorg inderdaad niet zou zijn geleverd, was geen sprake van een vermoeden van fraude, maar van vastgestelde fraude. Daarop had de ziektekostenverzekeraar dan direct moeten handelen. De ziektekostenverzekeraar komt niet met bewijs voor zijn stelling dat de zorg niet is geleverd. Verzoeker heeft deze zorg nodig. De indicatie hiervoor is door een externe partij gesteld. Deze is met name in de eerste jaren door de ziektekostenverzekeraar telkens met huisbezoeken gecontroleerd. Als de zorgaanbieder hem deze zorg niet zou hebben geleverd, vraagt verzoeker zich af wie dat volgens de ziektekostenverzekeraar dan wel heeft gedaan. Verder loopt het onderzoek vanaf maart 2024. Dit is de datum waarop de bestuurder van de zorginstelling waarvoor de zorgverlener werkt een melding heeft gedaan bij haar arbeidsongeschiktheidsverzekering. Vanwege privacy kan verzoeker hierop niet verder ingaan, maar hij wil hierover wel opmerken dat deze informatie onrechtmatig met onder andere de ziektekostenverzekeraar is gedeeld. Verder is uit het onderzoek naar de zorgaanbieder, in het verlengde waarvan onderzoek wordt gedaan naar verzoeker, gebleken dat de ziektekostenverzekeraar ook contact heeft gehad met de gemeente. De toezichthouder van de gemeente is bezig met een onderzoek en heeft daarbij onrechtmatig informatie over verzoeker gevorderd, waaronder bankafschriften. Hierover heeft verzoeker een bezwaar ingediend. Verzoeker merkt verder op dat de zorgaanbieder factureert door middel van het "Z=P=Rt-model", waarmee niet de detailinformatie hoeft te worden aangeleverd die de ziektekostenverzekeraar verlangt. De ziektekostenverzekeraar blokkeert ten onrechte de ingediende declaraties. Verzoeker vordert in dat kader een schadevergoeding en hij wenst te worden uitgeschreven uit de verschillende registers.
- 3.5. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, gericht aan de commissie en gevoegd bij een e-mailbericht van 19 november 2024, toegelicht dat hij door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) in het gelijk is gesteld in zijn klacht dat de toezichthouder Wmo onrechtmatig gegevens heeft gevorderd. Deze gegevens zijn gedeeld met de ziektekostenverzekeraar, die zich er niets van heeft aangetrokken dat deze onrechtmatig zijn verkregen. De ziekenkostenverzekeraar verwijst naar een arbeidsongeschiktheidsmelding van de zorgverlener, en stelt dat om die reden geen zorg kan zijn geleverd. Bij de zorgverlener zijn binnen een jaar verschillende aandoeningen vastgesteld, waaronder het prikkelbare darmsyndroom. Hiermee heeft zij een cliënt in gevaar gebracht, omdat zij tijdens de zorgverlening plotseling naar het toilet moest en zij haar cliënt alleen moest laten. Dit vormde voor de cliëntenraad aanleiding haar te laten

keuren, en daarna werd geconstateerd dat zij niet meer zelfstandig zorg kan verlenen. Zij heeft hierop een claim ingediend bij de arbeidsongeschiktheids-verzekeraar, en totdat hierop is beslist is afgesproken dat er te allen tijde een derde persoon bij de zorgverlening aanwezig is die toezicht houdt om herhaling van het incident te voorkomen. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat door de zorgaanbieder, waarvoor de zorgverlener werkzaam is, geen zorg kan zijn verleend. Verzoeker werkte voordat hij arbeidsongeschikt werd bij de (overkoepelende organisatie van) de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft een arbeidsongeschiktheids-pensioen, in verband waarmee hij diverse rechtszaken heeft lopen, waarvan hij er al één heeft gewonnen. Verzoeker kan zich niet aan de indruk onttrekken dat dit gegeven voor de ziektekosten-verzekeraar aanleiding vormde de declaraties te blokkeren.

- 3.6. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 1 december 2024, aanvullend verklaard dat de ziektekostenverzekeraar ervan op de hoogte was dat de informatie die hij van de gemeente heeft gekregen, op onrechtmatige wijze was verkregen. Deze informatie is toch aanleiding geweest een fraudeonderzoek naar de zorgaanbieder van verzoeker te starten. Overigens geeft de ziektekostenverzekeraar geen inzage in de informatie die van de gemeente is ontvangen. Verder is de inhoud van het onderzoek volgens verzoeker niet juist. Zo wordt zijn zorgverlener verweten dat zij arbeidsongeschikt is en toch werkzaamheden verricht. De arbeidsongeschiktheid van de zorgverlener houdt echter in dat zij niet langer zelfstandig hulp mag verlenen, en dat een derde persoon aanwezig moet zijn. Aan dit vereiste is voldaan. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat de zorgverlener teveel uren zou werken. Het Arbeidstijdenbesluit is echter niet van toepassing op zelfstandige ondernemers. De zorgbehoefte van verzoeker is al jaren stabiel, en bekend bij de ziektekostenverzekeraar vanwege veelvuldige controles op de indicatiestellingen in het verleden. De zorgaanbieder heeft hem in lijn hiermee de zorg geleverd, en kon deze zorg declareren zonder het bijhouden van een urenregistratie, omdat hij werkt volgens het Z=P=Rt-model. Gelet op de zorgvraag van verzoeker ligt niet voor de hand dat de zorg niet zou zijn verleend. Verzoeker vraagt zich af wie hem de zorg dan had moeten verlenen. Verzoeker en de zorgaanbieder hebben steeds te goeder trouw gehandeld.
- 3.7. Tijdens de hoorzitting op 18 december 2024 heeft verzoeker, voor zover hier van belang, aangevoerd dat de zorgverlener, sinds het gedoe met de gemeente, de zorg verleent samen met iemand anders. Dit betreft zijn ouders of vrienden. Het gaat hier om een groot schandaal, waarbij door de ziektekostenverzekeraar om allerlei onredelijke informatie is gevraagd. Met ingang van 1 januari 2025 is verzoeker elders verzekerd, maar de machtiging van de ziektekostenverzekeraar is niet overgenomen door de nieuwe zorgverzekeraar. Verzoeker is van mening dat hier overduidelijk geen sprake is van fraude, maar door de EVR-melding kan hij nergens een aanvullende verzekering afsluiten en krijgt hij geen vergoeding.
- 3.8. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, gevoegd bij een e-mailbericht van 22 januari 2025, aanvullend verklaard dat de ziektekostenverzekeraar in zijn heroverweging van 13 januari 2025 nog steeds niet met concrete bewijzen komt van het signaal van de gemeente en de informatie die later nog is uitgewisseld. Zonder concreet bewijs had niet mogen worden overgegaan tot de enorm ingrijpende maatregelen, waaronder de melding in het EVR. Ook is duidelijk dat de ziektekostenverzekeraar zijn conclusies heeft getrokken op basis van (bewust verkeerde) aannames (vooringenomenheid), waarbij aantoonbaar gebruik is gemaakt van onrechtmatig verkregen informatie van verschillende partijen. Zo heeft de toezichthouder Wmo van de gemeente heimelijk inzage in de bankrekeningen van verzoeker en zijn zorgverlener gevorderd. De ziektekostenverzekeraar lijkt op de hoogte te zijn geweest van deze onrechtmatige informatie, want hij heeft tot aan de procedure bij de commissie

verborgen gehouden dat het onderzoek is aangevangen op basis van een signaal van de gemeente. Bovendien is de ziektekostenverzekeraar het onderzoek pas negen maanden na het contact met de gemeente gestart. Gedurende deze negen maanden zijn de zorgkosten van verzoeker zo opgelopen dat de ziektekostenverzekeraar nu een hoog bedrag terugvordert. De ziektekostenverzekeraar is een private organisatie die een publieke taak heeft. Hij moet zich daarom houden aan de algemene beginselen van behoorlijk bestuur. Hieronder valt het beginsel van voortvarendheid, wat inhoudt dat de ziektekostenverzekeraar verplicht is signalen van mogelijke fraude of misstanden tijdig en adequaat te onderzoeken. Dit heeft hij niet gedaan.

- 3.9. Verzoeker is ervan overtuigd dat de administratie die zijn zorgaanbieder voert voldoet aan de wettelijke eisen. Verzoeker heeft zich hierin verdiept toen hij overstapte van een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (PGB vv) naar Zorg in Natura (ZIN). Verzoeker heeft, samen met zijn zorgaanbieder, te goeder trouw gehandeld, waardoor geen sprake kan zijn van opzet tot fraude. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat bewijs niet hoeft te worden uitgesloten als het maatschappelijke belang van waarheidsvinding groter is. In dit geval is echter niet eens sprake van fraude, aangezien de ziektekostenverzekeraar dit niet heeft kunnen vaststellen. Bovendien is de inbreuk op zijn privacy, en op die van zijn zorgverlener en ouders, dusdanig groot dat het bewijs niet mag worden toegelaten. Dit geldt overigens ook voor civiele procedures. De ziektekostenverzekeraar had vanwege schending van de AVG ook geen contact mogen hebben met andere zorgverzekeraars.
- 3.10. Ten aanzien van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar van de zorgverlener geldt dat misbruik is gemaakt van de mogelijkheden van het Protocol Incidentenwaarschuwings-systeem Financiële Instellingen 2021. Ook deze informatie had de ziektekostenverzekeraar niet mogen gebruiken.
- 3.11. Verzoeker benadrukt dat bij hem in het verleden diverse indicaties zijn gesteld, die alle zijn goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar. In de eerste jaren heeft zelfs een onafhankelijke partij, De Toetspraktijk, een oordeel geveld door middel van een huisbezoek. Aangezien is gefactureerd in lijn met de door de ziektekostenverzekeraar afgegeven machtigingen, kan geen sprake zijn van fraude. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat het feitelijk onmogelijk zou zijn dat de zorgverlener werkdagen heeft gemaakt van gemiddeld 13 uren. Daaruit leidt hij af dat valse zorgdeclaraties zijn opgesteld. Uiteraard is het feitelijk wel mogelijk 13 uren zorg per dag te leveren. Overigens heeft verzoeker hiervan slechts een deel ontvangen, namelijk 3,5 uren per dag. Hiervan kan zeker niet worden gesteld dat deze uren feitelijk niet konden worden geleverd. Verzoeker is van mening dat hij heeft voldaan aan zijn bewijslast door het zorgplan aan te leveren, en aan te voeren dat de declaraties hiermee in lijn zijn. Zoals reeds meerdere malen is toegelicht, voert de zorgaanbieder een administratie waarbij geen 5-minuten worden aangehouden, alsmede waar en wanneer exact de zorg wordt verleend. Dit is ook niet noodzakelijk dan wel verplicht. De ziektekostenverzekeraar beschikte over alle stukken om te kunnen controleren of de facturen en declaraties in lijn waren met de zorgplannen. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat alsnog een parallelle administratie had kunnen worden bijgehouden in verband met het lopende fraudeonderzoek. Verzoeker vindt dit een onredelijk standpunt van de ziektekostenverzekeraar en een enorm machtsvertoon. Hiermee wordt namelijk een administratie afgedwongen die de zorgaanbieder niet wettelijk verplicht is te voeren. Dit is bovendien een onmogelijke opgave, gelet op de hierdoor sterk toenemende regeldruk. Verder zou verzoeker er het signaal mee afgeven dat hij ook vindt dat het Z=P=Rt-model in dit geval niet voldoende zou zijn. Dit model is echter niet alleen ontwikkeld voor grote zorgorganisaties.

3.12. Tijdens de zitting van 19 maart 2025 heeft verzoeker verklaard dat volgens de ziektekostenverzekeraar onaannemelijk is dat de zorgverlener 13,77 uur per dag werkt, maar die enkele veronderstelling is nog geen reden zijn leven te verwoesten. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar diverse keren gevraagd naar het definitieve controleplan, maar dat is nooit aangeleverd. De vraag is waarom dit zo is. Op het laatste moment heeft verzoeker nog de maatregelentabel gekregen. Er is volgens hem een reden dat het controleplan niet wordt gedeeld. Hij blijft twijfels houden bij de rechtmatigheid van het onderzoek en wat er in dat verband allemaal is gedeeld met andere partijen. De ziektekostenverzekeraar wil van hem wel veel informatie, bijvoorbeeld privé bankafschriften van de zorgverlener. Dit is een onredelijk verzoek om informatie. De controle bestaat vooral uit brieven en contacten, maar er moet een heel plan aan ten grondslag liggen, en dit heeft hij niet gezien. De ziektekostenverzekeraar heeft in het verleden het bureau De Toetspraktijk langs gestuurd om een huisbezoek af te leggen. Hierna is de indicatie iedere keer goedgekeurd. Recent is de wijkverpleegkundige alweer langs geweest voor het stellen van een nieuwe indicatie, die hij nog kan nasturen. In het verleden had verzoeker zorg via een PGB vv en na betrokkenheid van de SKGZ is dit alsnog goedgekeurd. Van de problemen die hij hiermee kreeg is hij echter zo geschrokken dat hij is overgestapt naar ZIN, maar nu krijgt hij ook hier problemen mee. De oorzaak hiervan was dat het Z=P=Rt-model kon worden gehanteerd, waarbij niet een uitgebreide administratie hoeft te worden bijgehouden.

3.13. De benodigde zorg wordt verleend door een vaste zorgverlener, die bij hem inwoont. Als zij ziek is, slaat hij het douchen bijvoorbeeld een dag over. Maar zij heeft vrijwel nooit iets. Zij heeft weliswaar het prikkelbare darmsyndroom, maar verder is er niets. Er wordt geen 5-minutenadministratie bijgehouden. De zorgverlener loopt van hem naar zijn ouders en weer terug, dus zij kan dit niet helemaal bijhouden. In de avond wordt er met zijn ouders afgesproken hoe laat zij de volgende dag weer komt. Het is ondoenlijk om alsnog een overzicht te maken van de gewerkte uren. Verzoeker is bovendien sterk ervan overtuigd dat het mag hoe hij en de zorgaanbieder het doen. Verzoeker heeft verder verklaard in het verleden te hebben gewerkt voor de ziektekostenverzekeraar, en hij is tijdens het werk aldaar arbeidsongeschikt geraakt. Hij heeft vervolgens geprobeerd een eigen bedrijf op te starten, maar dit bleek niet haalbaar. Dit was in de periode dat er een discussie was, in 2019, bij de overgang van het PGB vv naar ZIN. De zorgaanbieder heeft toen zijn bedrijf overgenomen en heeft er een handelsnaam aan gehangen. De zorgaanbieder kon zo gebruikmaken van het briefpapier en het logo dat er al was. Verzoeker is niet bij dit bedrijf betrokken.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de door hem ingediende nota's voor Persoonlijke Verzorging. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 14 november 2024 aangevoerd dat hij als zorgverzekeraar is belast met de wettelijke taak om de rechtmatigheid van de door zorgaanbieders in rekening gebrachte prestaties te controleren. Op basis van een signaal dat de ziektekostenverzekeraar ontving van de gemeente, dat er kort gezegd op neerkwam dat de zorg die door de zorgaanbieder aan verzoeker zou zijn geleverd niet (volledig) kon zijn geleverd, is de ziektekostenverzekeraar een fraudeonderzoek gestart naar deze zorgaanbieder. Het onderzoek heeft informatie aan het licht gebracht op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar tot het oordeel is gekomen dat de conclusie van de gemeente juist was. Op 8 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd dat het onderzoek is uitgebreid. Daarbij is verzoeker in de gelegenheid gesteld te reageren op de

bevindingen uit het onderzoek naar de zorgaanbieder, en is hem gevraagd om, aan de hand van bewijsstukken, te onderbouwen dat de zorg die vanaf (in ieder geval) maart 2024 in rekening is gebracht, ook feitelijk aan hem is geleverd. Verzoeker heeft bij brief van dezelfde datum gereageerd. Hij heeft echter niet de gevraagde onderbouwing gegeven. Noch de zorgaanbieder noch verzoeker heeft concreet - laat staan gemotiveerd - antwoord gegeven op vragen over wie de zorg feitelijk heeft geleverd en/of wanneer deze is geleverd. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar niet kunnen beoordelen of de in rekening gebrachte kosten voor zorg rechtmatig zijn. Om die reden bestaat geen aanspraak op uitbetaling van de nota's. Artikel A.19 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt immers dat het moet gaan om zorg die daadwerkelijk is geleverd. Het lag op de weg van verzoeker dit aannemelijk te maken.

- 4.2. Bij brief van 11 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker toegelicht welke rechten hij heeft in het kader van de inzage in zijn persoonsgegevens, en dat hij hiertoe een concreet verzoek kan indienen.
- 4.3. Bij brief van 25 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker de uitkomst van het fraudeonderzoek meegedeeld. In de brief is toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat de zorgaanbieder valse declaraties heeft opgesteld. Verzoeker heeft de valse declaraties bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, terwijl hij wist dat deze niet kloppen. Verzoeker heeft hiermee fraude gepleegd. Bij brief van 10 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker gevraagd mee te werken aan het fraudeonderzoek naar de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar vroeg verzoeker bij die gelegenheid de geleverde zorg inzichtelijk te maken. Eén van de vragen betrof een toelichting op de geleverde zorg door middel van een uitgeschreven voorbeeldweek. Ook vroeg de ziektekostenverzekeraar welke medewerker(s) de zorg heeft/hebben geleverd. Verzoeker heeft niet geantwoord op beide vragen, terwijl hij hiertoe op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering verplicht is. Op 8 november 2024 is verzoeker ervan op de hoogte gebracht dat het fraudeonderzoek naar de zorgaanbieder werd uitgebreid naar zijn persoon. Verzoeker is toen in de gelegenheid gesteld een reactie te geven onder overlegging van bewijsstukken. De reactie die verzoeker hierop gaf was erg summier en niet voorzien van bewijsstukken. Verzoeker heeft geen gegevens opgestuurd waaruit blijkt dat andere personen de zorg aan hem hebben geleverd. De ziektekostenverzekeraar constateert dat ten minste de declaraties vanaf maart 2024 vals zijn, en behoudt zich het recht voor nog onderzoek te doen naar declaraties uit de daaraan voorafgaande periode. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat de berichten die hij ontving van de zorgaanbieder qua opmaak, taalgebruik en inhoud vrijwel identiek zijn aan die van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar kan zich dan ook niet aan de indruk onttrekken dat verzoeker de reacties van de zorgaanbieder heeft geformuleerd. Vanwege de geconstateerde fraude heeft de ziektekostenverzekeraar de hiervoor onder 2.6 genoemde maatregelen opgelegd.
- 4.4. Tijdens de hoorzitting op 18 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar, voor zover hier van belang, aanvullend verklaard dat de door hem ontvangen nota's 'on hold' zijn gezet in afwachting van de uitkomst van het fraudeonderzoek. Voor zover een uitspraak zal worden gedaan over de fraude door verzoeker, moet eerst een heroverweging door de ziektekostenverzekeraar plaatsvinden.
- 4.5. In de heroverweging van 13 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de conclusie handhaaft dat sprake is van fraude door verzoeker. De tegen hem getroffen maatregelen blijven daarom in stand. Volgens verzoeker moet het bewijs dat de gemeente

heeft gedeeld met de ziektekostenverzekeraar buiten beschouwing worden gelaten. Het hierbij door verzoeker genoemde "zozeer indruist-criterium" is afkomstig uit een arrest van de Hoge Raad van 1 juli 1992 in een belastingzaak (HR 1 juli 1992, ECLI:NL:HR:1992:ZC5028). De Hoge Raad heeft toen geoordeeld dat van strijd met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur in het algemeen niet kan worden gesproken als de inspecteur de strafrechtelijk onrechtmatig verkregen bewijsmiddelen ook op rechtmatige wijze had kunnen verkrijgen. Daarom werden deze bewijsmiddelen niet toegelaten. De informatie die de ziektekostenverzekeraar heeft verkregen van de gemeente had geen betrekking op verzoeker, maar op de zorgaanbieder. De gemeente heeft geconstateerd dat door deze een zeer hoog aantal uren was gedeclareerd, en vroeg de ziektekostenverzekeraar in dat kader een onderzoek te starten. Voor zover al sprake zou zijn van onrechtmatig verkregen bewijsmiddelen, zijn deze niet jegens verzoeker verkregen. Bovendien betreft het arrest de verhouding tussen de overheid en haar burgers. In de onderhavige situatie gaat het om een civielrechtelijke verhouding. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar een arrest van de Hoge Raad van 18 april 2014 (ECLI:NL:HR:2014:942). Ook hieruit volgt dat relevant is dat de gedeelde informatie geen betrekking had op verzoeker, maar op de zorgaanbieder. Gesteld noch gebleken is dat sprake is van bijkomende omstandigheden als bedoeld in het betreffende arrest. Voor de ziektekostenverzekeraar bestaat daarom geen reden de informatie van de gemeente buiten beschouwing te laten. Het uitgevoerde onderzoek is daarmee niet onrechtmatig. Ook is niet gehandeld in strijd met het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit. Los van het feit dat het op 16 juli 2024 ontvangen verzoek van de gemeente voor de ziektekostenverzekeraar de aanleiding vormde voor het eigen fraudeonderzoek, zou er ook in de hypothetische situatie dat de ziektekostenverzekeraar om een andere reden pas na negen maanden een onderzoek was gestart geen aanleiding zijn dit onderzoek daarom als onrechtmatig aan te merken. Een enkel tijdsverloop leidt immers niet tot rechtsverwerking, en niet is gebleken dat verzoeker hierdoor in zijn belangen is geschaad. De informatie die de ziektekostenverzekeraar nodig heeft om effectief te kunnen controleren of de ingediende declaraties rechtmatig zijn, bevindt zich volledig in het domein van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft geen zicht op de feitelijke zorgverlening, en hij heeft evenmin toegang tot informatie hierover, anders dan via of met behulp van verzoeker en de zorgaanbieder. Van verzoeker mag daarom meer worden verwacht dan uitsluitend een verwijzing naar de ingediende declaraties. Een dergelijke verwijzing is een volstrekt ontoereikende onderbouwing. Aangezien de ziektekostenverzekeraar op geen van de door hem gestelde vragen over de verleende zorg en/of verzoeken om informatie van feitelijke aard over de verleende zorg een relevant antwoord van verzoeker heeft ontvangen, waar dit gelet op de rechtspraak omtrent artikel 150 Rv wel op zijn weg had gelegen, bestond voor de ziektekostenverzekeraar geen andere mogelijkheid dan informatie in te winnen bij derden. Dit betreft andere zorgverzekeraars, de gemeente en de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar van de zorgverlener.

- 4.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat de zorgaanbieder gebruikmaakt van het Z=P=Rt-model, en dat om die reden geen andere informatie kan worden aangeleverd dan de ingediende declaraties en een zorgplan. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juli 2024 de zorgaanbieder geïnformeerd over het feit dat er een signaal is binnengekomen dat mogelijk onrechtmatige declaraties zijn ingediend en dat om die reden een fraudeonderzoek zal worden uitgevoerd. In deze brief zijn aan de zorgaanbieder verschillende vragen gesteld en is informatie opgevraagd. Onder andere is gevraagd op welke dagen zorg aan verzoeker is verleend, door wie deze zorg is verleend, en hoe deze zorg wordt ondervangen als de vaste zorgverlener ziek is. Ondanks de bekendheid met het onderzoek en de bekendheid met de feitelijke informatie die de ziektekostenverzekeraar nodig had, is niet de voor de hand liggende

keuze gemaakt alsnog een administratie te (gaan) bijhouden waarmee de vragen van de ziektekostenverzekeraar konden worden beantwoord. Het gebruik van het Z=P=Rt-model staat niet eraan in de weg dat tijdelijk een parallelle administratie wordt bijgehouden.

- 4.7. De zorgaanbieder heeft tijdens het onderzoek nauwelijks vragen beantwoord, informatie aangeleverd dan wel openheid van zaken gegeven. De bevindingen van de ziektekostenverzekeraar zijn niet gemotiveerd weersproken en evenmin zijn alternatieve scenario's aangedragen ter verklaring van de bevindingen. De ziektekostenverzekeraar heeft kunnen vaststellen dat de zorgaanbieder maar één zorgverlener in dienst heeft, dat dit ook de enige zorgverlener van verzoeker is, dat deze zorgverlener zich op 6 maart 2024 volledig arbeidsongeschikt heeft gemeld bij haar arbeidsongeschiktheids-verzekeraar voor de uitoefening van haar beroep als zorgverlener, en dat over de periode van 1 januari 2023 tot en met 30 september 2024 door deze zorgverlener declaraties zijn opgemaakt ten behoeve van (in ieder geval) drie personen. Verder geldt dat volgens deze declaraties de zorgverlener de volledige periode structureel, zeven dagen per week en zonder onderbreking, werkdagen heeft gemaakt van 11,77 uren per dag tot 15 uren per dag, gemiddeld dus 13,77 uren per dag. De drie betrokken personen voor zover bekend zijn verzoeker, zijn vader en moeder. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het feitelijk onmogelijk dat de zorgverlener daadwerkelijk dit aantal uren aan zorg heeft verleend, zodat vast staat dat zij valse declaraties heeft opgesteld. Verder is de stelling van verzoeker dat de zorgverlener volledig arbeidsongeschikt is als zorgverlener, maar desondanks haar werkzaamheden kan uitoefenen, innerlijk tegenstrijdig. De verstrekte toelichting dat de zorgverlener met ondersteuning van derden in staat was om haar werk te blijven uitvoeren, acht de ziektekostenverzekeraar niet geloofwaardig. Tegenover de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar wordt namelijk volgehouden dat sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid, terwijl tegenover de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat alle gedeclareerde uren, die bovendien sinds 6 maart 2024 niet in aantal zijn afgenomen, rechtmatig zijn. Tevens zou in het gestelde toezicht en de ondersteuning worden voorzien door de ouders van verzoeker, die feitelijk echter zelf bij de zorgverlener in zorg zijn. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de zorgaanbieder een valse voorstelling van zaken geeft. Uit het dossier komt verder naar voren dat de band tussen verzoeker en de zorgverlener zodanig nauw is, welhaast een verwevenheid, en in ruime mate over de grenzen gaat van de gebruikelijke relatie tussen een zorgverlener en een patiënt/verzekerde. Verzoeker beschikt over de integrale correspondentie tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder, zowel over de brieven als de e-mailberichten. Qua inhoud, opzet, schrijfstijl, en in de keuzes welke informatie wél en niet wordt gedeeld en waarom, zijn de reacties van verzoeker en de zorgaanbieder op elkaar afgestemd, zo niet van dezelfde hand. De voorletters in de naam van de door de zorgaanbieder geëxploiteerde onderneming zijn de voorletters van verzoeker. De bij deze zorgaanbieder werkzame zorgverlener en verzoeker zijn woonachtig op hetzelfde adres. De door de zorgaanbieder geëxploiteerde onderneming was voorheen ook ingeschreven op dit adres. In een andere SKGZ-procedure, waarbij de zorgverlener de verzoekende partij was, trad verzoeker op als haar gemachtigde. Om deze redenen is de ziektekostenverzekeraar van mening dat verzoeker moet hebben geweten van de valse nota's. Hij heeft deze vervolgens ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Door indiening van de declaraties heeft verzoeker de opzet gehad een hogere uitkering te krijgen dan waarop hij (mogelijk) recht had. Daarmee is hij de op hem rustende verplichting als bedoeld in artikel 7:941, tweede lid, van het Burgerlijk Wetboek niet nagekomen met het opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Dit kwalificeert als fraude, waarmee op grond van het vijfde lid van genoemd artikel het recht op uitkering is komen te vervallen. Er is tevens sprake van onrechtmatig handelen in groepsverband in de zin van artikel 6:166 van het Burgerlijk Wetboek, hetgeen leidt tot hoofdelijke aansprakelijkheid. De

ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar een arrest van het Hof Arnhem-Leeuwarden van 24 oktober 2023 (ECLI:NL:GHARL:2023:9019, r.o. 4.5 e.v.). Het opzet tot misleiding vormt bovendien, op de voet van artikel 7:940, derde lid, van het Burgerlijk Wetboek en artikel 6.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering, de grondslag voor tussentijdse opzegging van de verzekeringsovereenkomst. De EVR-registratie voor de duur van acht jaren is vastgesteld overeenkomstig het Protocol Incidenten-waarschuwingssysteem Financiële Instellingen. Uitgangspunt is een registratieduur van acht jaren. Hiervan kan worden afgeweken in bijzondere omstandigheden. In het geval van verzoeker is sprake van fraude met een stelselmatig karakter, die gedurende een periode van (ten minste) negen maanden heeft plaatsgevonden, waarbij geen medewerking is verleend aan het onderzoek, en het financiële belang € 48.509,16 bedraagt. De maatregelen die aan verzoeker zijn opgelegd, zijn vastgesteld volgens de maatregelenrichtlijn. De gevorderde kosten van het onderzoek zijn in redelijkheid gemaakt.

- 4.8. Bij brief van 11 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat het niet aan hem is te beoordelen of de gemeente onrechtmatig heeft gehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft een zelfstandige taak om te controleren op de rechtmatigheid van geleverde of gedeclareerde zorg. Voor zover de ziektekostenverzekeraar daarover is geïnformeerd, heeft de gemeente als toezichthouder binnen de Wmo, op basis van declaraties vastgesteld dat de zorgaanbieder meer uren in rekening heeft gebracht dan feitelijk geleverd kunnen zijn. Dit vormde reden voor een eigen onderzoek door de ziektekostenverzekeraar. Eerst nadat de vragen aan de zorgaanbieder inhoudelijk onbeantwoord bleven, heeft de ziektekostenverzekeraar, op de voet van de artikelen 88 en 89 van de Zorgverzekeringswet, administratieve gegevens over de declaraties van de zorgaanbieder bij de gemeente opgevraagd. De opgevraagde informatie betreft louter het aantal uren dat de zorgaanbieder in rekening heeft gebracht. Het ging niet om informatie aangaande verzoeker. Zoals eerder is opgemerkt, heeft de voor de zorgaanbieder werkzame zorgverlener gemiddeld 13,77 uren per dag gedeclareerd gedurende een onafgebroken periode van 639 opeenvolgende dagen. Op de voet van artikel 150 Rv en de domeinleer mocht van verzoeker meer worden verwacht dan de enkele verwijzing naar het Z=P=Rt-model.
- 4.9. Tijdens de hoorzitting op 19 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat uit het onderzoek dat is uitgevoerd informatie is gekomen waaruit bleek dat de zorgverlener gedurende 639 dagen 13,77 uren per dag heeft gewerkt. Los van het aantal uren per dag is de onafgebroken periode van 639 dagen zodanig onaannemelijk, dat het moet gaan om declaraties die niet kunnen kloppen. Deze declaraties zijn door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, zodat de fraude ook door hem is gepleegd. Het onderzoek bestaat uit het sturen van brieven, het stellen van vragen en de maatregelenrichtlijn. Dit vormt 90% van het onderzoek. De 3,5 uren zouden in het geval van verzoeker mogelijk zijn geleverd, maar de onafgebroken periode blijft ook dan nog onaannemelijk. In combinatie met de weigering om informatie aan te leveren dat de uren wel zijn gemaakt is de conclusie van fraude getrokken. De onderbouwing die de ziektekostenverzekeraar nodig heeft om iets te kunnen vinden van de declaraties, bestaat nu uit de declaraties zelf en het administratieve model dat de zorgaanbieder gebruikt. Er is niet geantwoord op vragen over de zorgverlening, eventueel met behulp van getuigenverklaringen. De vraag komt op hoe de 3,5 uren aan verzoeker mogelijk waren binnen de 13,77 uur die de zorgverlener per dag werkte. Op basis van de samenwerking in het kader van onrechtmatige zorg is het mogelijk gegevens uit te wisselen met andere partijen, wat in dit geval ook is gebeurd. Het model waarop verzoeker zich beroept mag door zorgaanbieders worden gebruikt, maar dit zegt niets over de informatie die de verzekerde aan de zorgverzekeraar moet verstrekken. Het gaat bovendien om niet-

gecontracteerde zorg. Dan is er een onderbouwing nodig indien daarom wordt gevraagd. Het model zelf volstaat niet als onderbouwing van het afnemen van het aantal uren dat is gedeclareerd. Ook de gestelde indicatie is daarvoor niet voldoende, want dit betreft een inschatting vooraf. Bij het PGB vv is er een reglement waarin dit soort zaken specifiek is geregeld; in dit geval gaat het om een algemene regel. Als er dagen zijn waarop de zorgverlener de zorg niet heeft verleend, staat daarmee vast dat de gedeclareerde uren niet zijn geleverd.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van het handelen of nalaten van de zorgaanbieder, de voor deze werkzame zorgverlener, de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar van deze zorgverlener of de gemeente. De commissie is voorts niet bevoegd een vergoeding voor immateriële schade toe te kennen of een zaak door te verwijzen naar het Tuchtcollege. Voor het overige geldt dat de commissie van het geschil tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar kennis kan nemen en daarover bindend advies kan uitbrengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over fraude zijn 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. De ziektekostenverzekeraar heeft geweigerd de door verzoeker ingediende nota's ter zake Persoonlijke Verzorging te vergoeden, omdat sprake zou zijn van fraude in de zin van artikel A.16. van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal maatregelen tegen verzoeker getroffen, zoals is vermeld in de brief van 25 november 2024. De maatregelen die de ziektekostenverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in artikel A.6. van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie zal eerst beoordelen of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoeker zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de weigering de ingediende nota's te vergoeden op basis van de gestelde fraude en de door de ziektekostenverzekeraar tegen verzoeker in dat kader getroffen maatregelen.
- 6.3. Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW is de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. In het vijfde lid van dit artikel is bepaald dat als de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde die verplichting niet is nagekomen met het opzet verzekeraar te misleiden het recht op uitkering vervalt. Het is aan de verzekeraar om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met als doel een (hogere) vergoeding te ontvangen. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hierin niet is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende van belang.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft geweigerd de door verzoeker ingediende nota's ter zake Persoonlijke Verzorging te vergoeden, omdat sprake zou zijn van fraude in de zin van artikel A.16. van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal maatregelen tegen verzoeker getroffen, zoals is vermeld in de brief van 25 november 2024. De maatregelen die de ziektekostenverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in artikel A.6. van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie zal eerst beoordelen of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoeker zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de weigering de ingediende nota's te vergoeden op basis van de gestelde fraude en de door de ziektekostenverzekeraar tegen verzoeker in dat kader getroffen maatregelen.
- 6.5. Het staat vast dat de zorgaanbieder slechts één zorgverlener in dienst heeft en dat deze zorg heeft geleverd aan verzoeker en zijn ouders. Bij het onderzoek is gebleken dat de zorgverlener – voor zover bekend – aldus een gemiddeld aantal uren heeft gedeclareerd van ten minste 13,77 per dag, gedurende een onafgebroken tijdsbestek van 639 dagen. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hiervan aan hem slechts 3,5 uren per dag zijn verleend, en dat dit aantal uren bij hem geen vraagtekens hoefde op te roepen.
- 6.6. Het staat verder vast dat de zorgverlener zich met ingang van 6 maart 2024 bij haar arbeidsongeschiktheidsverzekeraar arbeidsongeschikt heeft gemeld. De verklaring die verzoeker hiervoor heeft gegeven is dat het uitsluitend ging om ongeschiktheid haar functie zelfstandig uit te voeren. Daarom heeft zij de zorg vanaf die datum onder toezicht van een derde uitgevoerd. Bovendien heeft de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar volgens hem nog niet vastgesteld dat de zorgverlener inderdaad arbeidsongeschikt is en recht heeft op een uitkering.
- 6.7. De commissie overweegt dat hoewel er diverse vragen opkomen naar aanleiding van de hiervoor gestelde feiten, er op dit moment onvoldoende grond is om te concluderen dat vaststaat dat verzoeker het opzet heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Daartoe zou namelijk moeten vaststaan dat door verzoeker zorg is gedeclareerd die feitelijk niet aan hem is geleverd, en dit is door de ziektekostenverzekeraar niet aangetoond. Het uitgangspunt is de gestelde indicatie en er kan op basis van de voorliggende gegevens niet worden vastgesteld dat niet conform deze indicatie zorg is verleend door de zorgaanbieder. De door de ziektekostenverzekeraar uitgesproken vermoedens ten aanzien van de verhouding tussen verzoeker en de zorgverlener, maken dit niet anders. De commissie tekent hierbij nog aan dat de ziektekostenverzekeraar zich niet op het standpunt heeft gesteld dat de zorgverlening op een onjuiste wijze administratief is verantwoord door de zorgaanbieder. De redenering die in het verweer van de ziektekostenverzekeraar ligt besloten dat verzoeker de gerezen vragen over de zorgverlening in onvoldoende mate heeft beantwoord, door alleen te verwijzen naar de ingediende declaraties, de gestelde indicatie en het door de zorgaanbieder gehanteerde model, en dat daarmee kan worden aangenomen dat er dus sprake is van het opzet van zijn kant om de ziektekostenverzekeraar te misleiden, overtuigt op zichzelf genomen niet. Daarbij neemt de commissie in overweging dat door de ziektekostenverzekeraar in dit verband terecht is opgemerkt dat de verantwoordingsplicht die op de verzekerde rust in het kader van een PGB vv een andere is dan bij ZIN, waarvan in de situatie van verzoeker sprake is. De ziektekostenverzekeraar mocht de vergoeding voor de door verzoeker reeds gedeclareerde nota's ad € 48.509,16 daarom niet terugvorderen op grond van fraude en betaling van de 'on hold' gezette declaraties op diezelfde grond niet onthouden.

- 6.8. Dat verzoeker alleen of samen met de zorgaanbieder onrechtmatig heeft gehandeld jegens de ziektekostenverzekeraar, is door deze weliswaar gesteld, maar van de betrokkenheid van verzoeker heeft hij geen bewijs geleverd. Zoals eerder is opgemerkt, vormt een eventueel (zelfstandig) onrechtmatig handelen van de zorgaanbieder geen onderwerp van deze procedure. De door de ziektekostenverzekeraar tegen verzoeker getroffen maatregelen in het kader van fraude, waaronder de melding in de diverse registers en de beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, moeten ongedaan worden gemaakt, waarbij de commissie constateert dat verzoeker met ingang van 1 januari 2025 elders is verzekerd tegen ziektekosten zodat het herstel alleen de hieraan voorafgaande periode betreft. De ziektekostenverzekeraar mag voorts de onderzoekskosten niet van verzoeker vorderen.
- 6.9. De commissie kent geen schadevergoeding toe, behoudens in de in artikel 21.2 van het reglement Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen genoemde situatie. Die situatie is hier niet aan de orde. De ziektekostenverzekeraar is wel gehouden verzoeker het betaalde entreegeld van € 37,-- te vergoeden. Voor het overige wijst de commissie het verzoek af.

Slotsom

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de opzet tot fraude door verzoeker op dit moment niet is komen vast te staan;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar daarom de vergoeding voor de door verzoeker ingediende nota's in verband met Persoonlijke Verzorging niet mag terugvorderen en, voor zover deze niet zijn vergoed, alsnog moet vergoeden;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten van € 528,-- niet van verzoeker mag vorderen;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar alle jegens verzoeker getroffen maatregelen, waaronder opname van zijn persoonsgegevens in de diverse registers en de beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, ongedaan moet maken;
- (v) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden; en
- (vi) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 23 april 2025,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Verzekering voor iemand anders

Had u (verzekeringnemer) een verzekering voor iemand anders gesloten? En heeft deze verzekerde zelf een verzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze eerste verzekering ook in de loop van het jaar opzeggen.

Wanneer eindigt de opgezegde verzekering?

- Ontvangen wij uw opzegging uiterlijk op de dag vóór de ingang van de nieuwe verzekering? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe verzekering.
- Ontvangen wij uw opzegging op de dag van de ingang van de nieuwe verzekering of daarna? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de laatste dag van de lopende maand, waarin wij de opzegging ontvangen.

Zie ook:

- [Verzekerde](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Basisverzekering via CAK opzeggen of veranderen

Heeft het CAK voor u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dat kan als u geen basisverzekering heeft maar deze wel zou moeten hebben volgens de zorgverzekeringswet.

Kunt u deze verzekering opzeggen?

Dit kan als u aan ons en aan CAK kunt bewijzen dat u zelf al een andere basisverzekering heeft afgesloten. U moest deze afsluiten binnen 3 maanden na de mededeling van CAK dat u onterecht niet verzekerd was.

Wanneer kunt u deze verzekering opzeggen?

Binnen 2 weken nadat CAK u heeft meegedeeld dat zij voor u een basisverzekering bij ons heeft afgesloten. De verzekering stopt dan op de ingangsdatum, alsof deze niet heeft bestaan.

In alle andere gevallen kunt u de basisverzekering van het CAK de eerste 12 maanden niet opzeggen.

Zie ook:

[CAK](#) (begrippen)

Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

U kunt uw verzekering niet opzeggen of veranderen:

- als u de premie en kosten niet op tijd aan ons heeft betaald; en
- als wij u een herinnering hebben gestuurd om alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- als wij de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (tijdelijk gestopt) hebben; en
- als wij niet binnen 14 dagen akkoord gaan met uw opzegging.

Dat betekent dat u dus ook niet kunt opzeggen of veranderen:

- aan het einde van een contractjaar;
- bij verandering van de premie(grondslag);
- bij verandering van de ene collectiviteit naar een andere collectiviteit;
- als u een verzekering voor iemand anders had afgesloten maar deze persoon krijgt een andere verzekering.

Als u alle premies en kosten volledig aan ons betaald heeft, kunt u uw verzekering weer veranderen of opzeggen per de eerstkomende 1 januari.

A.6. Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

Beëindiging als de wet dat eist

In volgende situaties beëindigen wij uw verzekering:

- als wij geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Hier is sprake van wanneer onze vergunning als schadeverzekeringsbedrijf verandert of wordt ingetrokken. Wij sturen u 2 maanden van tevoren hierover een bericht;
- als u overlijdt. Dat moet binnen 30 dagen na de overlijdensdatum aan ons worden doorgegeven.

Beëindiging als de wet dat eist bij uw basisverzekering

Er zijn twee situaties waarin wij uw basisverzekering moeten beëindigen:

- als wij ons werkgebied hebben veranderd en u daardoor buiten ons nieuwe werkgebied woont. Wij geven dat uiterlijk 2 maanden van tevoren aan u door. Uw verzekering eindigt de dag nadat ons werkgebied is veranderd.
- als uw verzekeringsplicht uit de Zorgverzekeringswet eindigt. U moet dat zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Uw verzekering eindigt de dag nadat uw verzekeringsplicht is geëindigd.

U bent onrechtmatig verzekerd voor uw basisverzekering

Bent u verzekerd voor een basisverzekering terwijl u niet verplicht verzekerd moet zijn? Dan beëindigen wij uw basisverzekering vanaf de ingangsdatum. Dat betekent dat de basisverzekering nooit heeft bestaan.

Bij misdrijf of overtreding

Bent u schuldig aan een (poging tot) misdrijf of overtreding tegenover ons of tegenover een gecontracteerde zorgverlener? Hieronder vallen ook oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij mogen dan:

- uw verzekering(en) bij ons onmiddellijk beëindigen;
- uw aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg stoppen;
- vergoedingen terugvorderen die u heeft gekregen;
- kosten van onderzoek door u laten betalen;
- aangifte doen bij de politie;
- u (laten) registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

Als wij de verzekering niet meer aanbieden of uitvoeren

Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering die u heeft. Wij kunnen deze dan beëindigen of vervangen door een andere verzekering. U ontvangt dan van ons hierover een bericht.

Van collectiviteit naar individuele aanvullende verzekering

Als uw deelname aan de collectiviteit stopt dan veranderen wij uw collectieve aanvullende verzekering in een individuele aanvullende verzekering. U krijgt de verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had.

Wil u dit niet? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door dan laten we de nieuwe aanvullende verzekering niet ingaan.

Beëindigingspolis (royement)

Is uw verzekering beëindigd? Dan sturen wij u een 'beëindigingspolis' (royementsverklaring). Daarop staat welke verzekerden en welke verzekeringen er op de polis stonden, wat de premie was en wat de einddatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

Welke premie en kosten betaalt u voor uw basisverzekering?

U betaalt premie voor alle verzekerden op uw polis. De basis van de premie is de premiegrondslag: de bruto premie zonder kortingen.

U kunt korting krijgen op uw premie:

- als u kiest voor een vrijwillig eigen risico (dus naast het verplichte eigen risico);
- als u voor een langere periode dan één maand vooruit betaalt (betaaltermijnkorting).

U betaalt ook kosten. Het gaat dan om:

- rekeningen die wij voor u aan uw zorgverlener hebben voorgesloten;

Zie ook:

[CAK](#) (begrippen)

Betaaltermijnkorting vervalt

Betaalt u langer dan één maand vooruit en krijgt u een betalingsachterstand? Dan veranderen wij de betalingsperiode naar één maand. U verliest dan de korting die u kreeg omdat u langere tijd vooruit betaalde. Deze betaaltermijnkorting vervalt voor alle verzekeringen waar u verzekeringnemer van bent. U kunt niet opzeggen omdat de korting vervalt.

Zie ook:

[Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Aflossen van uw schuld

Met elk bedrag dat wij van u krijgen lost u een deel van uw schuld af. De rente en incassokosten lost u altijd als eerste af.

Aflossen van uw schuld van uw basisverzekering

Daarna lost u de schuld over uw basisverzekering af. U begint daarbij met het deel dat het langst openstaat.

Schuld uit meer betalingsperioden

Heeft u langere tijd niet betaald en heeft u daardoor schuld over meerdere perioden? Dan begint u met aflossen van de oudste periode. U moet uw schulden van alle verzekeringen per periode helemaal aflossen voordat u een volgende periode aflost. Dus zowel die van de basisverzekering als voor de aanvullende verzekering(en) van die periode.

U kunt uw schuld dus niet splitsen.

Voorbeeld.

U kunt niet kiezen om eerst de premies af te lossen en daarna de andere schulden. Of eerste de premies en kosten van de basisverzekering te betalen en daarna pas die van de aanvullende verzekering(en).

A.10 Premie en kosten na beëindiging

Openstaande premie en kosten

Heeft u uw verzekering bij ons opgezegd en moet u nog premie of kosten betalen?

Als u een andere of nieuwe verzekering bij ons afsluit dan gaan we verrekenen. We verrekenen de openstaande schuld van uw oude verzekering met de vergoedingen uit uw nieuwe verzekering.

Moet u nog premie of kosten betalen? Dan stellen we vergoedingen uit totdat u alles betaald heeft.

Teveel betaald in een betalingsperiode

Stopt of verandert uw verzekering nadat u al premie heeft betaald?

Wij berekenen uw premie en eigen risico opnieuw. Als u teveel heeft betaald, betalen wij u die terug. Of we verrekenen met de nieuwe premie. U krijgt van ons bericht op welke manier we dit verwerken.

Onrechtmatige basisverzekering

Heeft u een basisverzekering afgesloten maar bent u niet wettelijk verplicht om een basisverzekering te hebben? Dan stoppen wij deze per de ingangsdatum. De premie en kosten die u heeft betaald, verrekenen we met onze vergoedingen. Het verschil betalen wij u terug of moet u aan ons terugbetalen.

Teveel betaald nadat wij uw verzekering stoppen

Wij kunnen uw verzekering stoppen vanwege een (poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. U krijgt dan de door u betaalde premie en kosten niet terug.

- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat u in hechtenis bent genomen, in de gevangenis zit of als u daartoe veroordeeld bent.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat uw hechtenis of gevangenschap is gestopt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt als de huidige verzekeringnemer niet meer zelfstandig over zijn vermogen mag beschikken.
- U moet ons binnen 30 dagen na overlijden van de verzekeringnemer laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt.

Zie ook:

- [\(Medisch\) adviseur](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

A.15. Doorgeven van informatie

Als u verkeerde informatie geeft

U moet ons de juiste informatie geven en ons helpen alle informatie die nodig is te krijgen. Doet u (of iemand anders namens u) dit niet? Geeft u ons een verkeerd idee van een situatie? Geeft u ons valse of misleidende documenten? Doet u een verkeerde opgave of werkt u niet met ons mee? Dan kunnen wij het volgende doen:

- Wij stoppen uw verzekering(en) waardoor u geen meer recht heeft op zorg(kosten);
- U moet ons alles terugbetalen vanaf de datum waarop u ons misleidde of uw medewerking niet verleende;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de erkende signaleringssystemen van verzekeraars;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij weigeren u voor 5 jaar voor een nieuwe verzekering.

Belangrijke gebeurtenissen

Gebeurtenissen die wij moeten weten voor een goede uitvoering van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Anders gaat de aanpassing in op een moment dat wij bepalen. Het gaat om gebeurtenissen zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of e-mailadres;
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis of verblijf in een gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Uw actuele adres

U moet ons uw juiste postadres en/of e-mailadres doorgeven. Wij gaan er dan ook vanuit dat onze berichten aankomen op het adres dat u als laatste aan ons heeft doorgegeven.

Als u ons niet uw juiste postadres of e-mail doorgeeft, kan hierdoor schade ontstaan. Wij zijn hiervoor niet aansprakelijk.

A.16. Privacy en controle

Privacy

Wij verwerken alleen gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Dit doen wij volgens de voorwaarden die we met u hebben afgesproken. We bewaren deze gegevens in onze administratie.

We verwerken uw persoonsgegevens volgens:

- de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en

- de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).
In het 'Privacy Statement' op onze website vindt u meer informatie over privacy en uw rechten en plichten over de (persoons)gegevens die wij bewaren en bewerken. Voor vragen of andere informatie aan de functionaris voor de gegevensbescherming stuurt u een brief aan:

CZ Klantenservice
Postbus 90152
5000 LD, Tilburg

Informatie die wij delen

Wij delen alleen informatie als het nodig is om uw verzekering(en) goed uit te kunnen voeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de pakketsamenstelling, premie, korting en persoonsgegevens. Dit doen we bijvoorbeeld om:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- uitbetaalde kosten te verhalen op derden. Bijvoorbeeld op een reisverzekering als u in het buitenland verzekerde zorg heeft gehad.

Inhoudelijke controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek doen bij de uitvoering van uw verzekering. Dit doen we volgens:

- de met u overeengekomen voorwaarden en (persoons)gegevens,
 - de Zorgverzekeringswet,
 - het landelijk 'Protocol materiële controle' en
 - het landelijk 'Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen'.
- U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

Begripsomschrijving zorgverlener

Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is een zorgverlener:

- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent;
- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die tarieven in rekening brengt. Dit doet hij namens een (andere) bevoegde zorgverlener die zorg verleent.
- de natuurlijke persoon die niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verzekerde zorg verleent. Het gaat dan om wijkverpleging die u zelf inkoopt met een Persoons Gebonden Budget (PGB).
Een zorgverlener verleent zorg of levert medicijnen of hulpmiddelen en eventuele diensten die daarbij horen.

Begripsomschrijving hoofdaannemer

Een hoofdaannemer:

- is een zorgverlener en is bijvoorbeeld een zorggroep, gezondheidscentrum of podotherapeut;
- contracteert als rechtspersoon in een samenwerkingsverband meerdere zorgverleners van verschillende disciplines;
- levert verschillende vormen van zorg zoals huisartsenzorg, diëtetiek en/of voetzorg;
- is verantwoordelijk voor:
- het handhaven en bewaken van de kwaliteitseisen van de aangesloten zorgverleners en
- het leveren van de zorg volgens de zorgstandaard. In zorgstandaarden staat waar, vanuit de patiënt gezien, kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. Het gaat daarbij om de inhoud van de zorg, de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar én patiënt.

Eisen aan zorg en zorgverleners

De zorg en de zorgverlener moeten aan verschillende algemene voorwaarden voldoen: