



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen AnderZorg N.V. te Wageningen
Zaak : Verpleging en verzorging, terugvordering uitgekeerde vergoedingen
Zaaknummer : 201800321
Zittingsdatum : 14 november 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 6:203 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

AnderZorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Anderzorg Budget afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 oktober 2017 aan verzoeker medegedeeld de met betrekking tot het jaar 2016 uitgekeerde vergoedingen voor Persoonlijke Verzorging van totaal € 7.142,40 terug te vorderen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 16 november 2017 en 5 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 12 april 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de uitgekeerde vergoedingen voor Persoonlijke Verzorging van totaal € 7.142,40 niet mag terugvorderen. Tevens heeft verzoeker haar verzocht voor recht te verklaren dat hij niet aansprakelijk is voor enige benadeling van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 augustus 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 augustus 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 september 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 november 2018 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. In de onderhavige situatie is sprake van het verval van recht op uitkering. Dit is, gelet op het arrest van de Hoge Raad van 18 juni 1962, geoorloofd indien betrokkene wist of had behoren te weten dat hij in strijd handelde met de verzekeringsvoorwaarden. Dat is hier niet aan de orde. Verzoeker wist immers niet dat de zorgaanbieder betrokken was bij fraude, dat de zorgverleners een te laag opleidingsniveau hadden en dat deze niet bij de zorgaanbieder in dienst waren. Verzoeker mag van een professionele zorgaanbieder als de onderhavige verwachten dat deze op de hoogte is van de toepasselijke wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden, en hiernaar handelt. Verzoeker heeft dan ook niet gevraagd naar de legitimatie van de zorgverleners. Wel heeft hij de zorgaanbieder gevraagd om hun namen. Deze zijn aan verzoeker medegedeeld. De zorgverleners presenteerden zich als werknemers van de zorgaanbieder. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toestemming gegeven voor zorgverlening door de zorgaanbieder. Vanwege deze goedkeuring en het feit dat de declaraties voor Persoonlijke Verzorging werden vergoed, mocht verzoeker erop vertrouwen dat alles in orde was. Omdat verzoeker te goeder trouw was, kan de ziektekostenverzekeraar de reeds betaalde declaraties niet van hem terugvorderen en kunnen andere negatieve consequenties voor hem niet aan de orde zijn. De ziektekostenverzekeraar zal de reeds uitgekeerde vergoedingen dan ook moeten terugvorderen van de zorgaanbieder.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar had een waarschuwplicht jegens verzoeker. In dit verband wijst hij op een van de uitgangspunten van de wetgever bij titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek 7, te weten dat de sociale functie van een verzekering een actief handelen van de verzekeraar eist ter bescherming van de verzekeringsnemer/verzekerde. Hierbij verwijst hij tevens naar een arrest van het Hof 's-Gravenhage van 6 maart 2012. Aan deze plicht heeft de ziektekostenverzekeraar niet voldaan, aangezien hij verzoeker niet uitdrukkelijk heeft gewaarschuwd dat reeds uitgekeerde vergoedingen kunnen worden teruggevorderd indien de zorg wordt verleend door een zorgverlener met een lager opleidingsniveau dan in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen of door een zorgverlener die niet in dienst is bij de zorgaanbieder. Ook had de ziektekostenverzekeraar beter kunnen anticiperen op onregelmatigheden. Indien dit was gebeurd, was het niet zover gekomen. Een en ander komt daarom voor rekening en risico van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. De betreffende declaraties zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed aan de zorgaanbieder en niet aan verzoeker, zodat de ziektekostenverzekeraar de uitgekeerde vergoedingen niet bij laatstgenoemde kan terugvorderen. Verzoeker heeft in dit verband het bij de ziektekostenverzekeraar bekende rekeningnummer gewijzigd naar het rekeningnummer van de zorgaanbieder. Hij wilde zichzelf hiermee ontlasten. Verzoeker benadrukt dat indien hij het gevorderde bedrag moet betalen, hij direct in de financiële problemen komt, zodat de terugvordering niet proportioneel en evenredig is.
- 4.4. Het behoort – in tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld – niet tot de verantwoordelijkheid van verzoeker te controleren of de zorgverleners daadwerkelijk bij de

zorgaanbieder in dienst waren en of zij het opleidingsniveau hadden dat in de verzekeringsvoorwaarden is voorgeschreven. Zijn verantwoordelijkheid bestond, mede gelet op zijn gezondheidstoestand destijds, uit het hebben van een zorgplan en een indicatie voor de onderhavige zorg, het inschakelen van een professionele zorgaanbieder, het informeren van de ziektekostenverzekeraar over deze zorgaanbieder en het daadwerkelijk ontvangen van de zorg. Hieraan heeft verzoeker voldaan.

4.5. Van de door de ziektekostenverzekeraar gestelde ondoelmatigheid, onrechtmatigheid en/of fraude is geen sprake, gelet op het feit dat kwade intenties en opzet bij verzoeker niet aan de orde waren. Ook is hij niet nalatig geweest. Verzoeker is de dupe van fraude en oplichting door de zorgaanbieder. Diverse documenten zijn door de zorgaanbieder – zonder medeweten van verzoeker – ingevuld en/of ondertekend met een nagemaakte handtekening, waaronder de 'vragenlijst verzekerde' van de ziektekostenverzekeraar, de akte van cessie en de 'urenstaten'. Ook is hem tijdens het verhoor door de politie medegedeeld dat zijn DigiD 116 keren is gebruikt vanaf een computer van de zorgaanbieder. Verzoeker heeft deze gegevens echter nimmer aan de zorgaanbieder verstrekt.

4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij zich niets kan herinneren van de periode waarin deze kwestie speelde. Dit is het gevolg van voodoo praktijken. Verzoeker benadrukt dat hij de 'urenstaten' niet zelf heeft ondertekend en dat hij niet bekend was met de verzekeringsvoorwaarden. Hij heeft voorts op aanraden van de zorgaanbieder het bij de ziektekostenverzekeraar bekende rekeningnummer gewijzigd. Verzoeker kan zich niet herinneren of hij dit al dan niet op het kantoor van de zorgaanbieder heeft gedaan. De wijziging van het bankrekeningnummer heeft hij doorgegeven met zijn DigiD. Verzoeker begrijpt niet dat de ziektekostenverzekeraar geen 'security check' heeft verricht naar aanleiding van de wijziging van het rekeningnummer.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Indien sprake is van ondoelmatigheid, onrechtmatigheid en/of fraude kan de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde vergoedingen terugvorderen. Verzoeker heeft ervoor gekozen zorg af te nemen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Om die reden is hij zelf verantwoordelijk voor de afgenomen Persoonlijke Verzorging en moet hij ervoor waken dat de zorgverlening voldoet aan hetgeen is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden. In de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat Persoonlijke Verzorging moet worden verleend door een verpleger of verzorgende met minimaal niveau drie. Twee van de vijf zorgverleners van verzoeker voldoen niet aan dit opleidingsvereiste. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar daarnaast misleid en daarmee fraude gepleegd, zodat laatstgenoemde de uitgekeerde vergoedingen in dit verband kan terugvorderen op grond van artikel 7:941 BW en de artikelen A.16 en A.24 van de verzekeringsvoorwaarden. Op de 'urendeclaraties' - die verzoeker heeft ondertekend - staan immers zorgverleners vermeld die helemaal niet in dienst waren van de zorgaanbieder.

De door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde vergoedingen voor Persoonlijke Verzorging, verleend door de vijf betrokken zorgverleners, heeft hij, gelet op het voorgaande teruggevorderd. Dit betreft een bedrag van totaal € 7.142,40.

5.2. Dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de verleende Persoonlijke Verzorging heeft vergoed, betekent geenszins dat hij voor die zorgverlening toestemming heeft verleend of dat hij de zorgaanbieder heeft beoordeeld als solide. Aangezien sprake is van niet-gecontracteerde zorg, worden de declaraties gecontroleerd op algemene gegevens, zoals de AGB-code, de toelating op grond van de Wet toelating zorginstellingen, het aantal uren, de prestatiecodes en de tarieven, en vindt een materiële controle achteraf plaats. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat het schriftelijke toestemmingsvereiste tot doel heeft de verzekerde te stimuleren zijn afdeling Zorgadvies te bellen, zodat hij kan worden geïnformeerd over de risico's van niet-gecontracteerde zorg, zoals dat deze zorg niet volledig wordt vergoed.

5.3. Op 23 september 2016 is het bankrekeningnummer van verzoeker online gewijzigd in dat van de zorgaanbieder. Hiervoor was het gebruik van DigiD noodzakelijk. Verzoeker is zelf verantwoordelijk voor het beheer en gebruik van zijn DigiD-code. Op 9 november 2017 is het bankrekeningnummer online weer gewijzigd in dat van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoeker zelf verantwoordelijk is voor de ingediende declaraties en de betaling van de zorgkosten aan de zorgaanbieder.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar - daarnaar gevraagd - ter aanvulling aangevoerd dat de rechtsgrond onverschuldigde betaling ten grondslag ligt aan de volledige vordering op verzoeker. Eerstgenoemde benadrukt dat geen fraudeonderzoek heeft plaatsgevonden naar laatstgenoemde. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het gebruik van DigiD veilig zolang de inloggegevens hiervan niet aan derden worden verstrekt.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht de uitgekeerde vergoedingen van totaal € 7.142,40 van verzoeker terugvordert. Daarnaast vraagt verzoeker de commissie voor recht te verklaren dat hij niet aansprakelijk is voor enige benadeling van de ziektekostenverzekeraar.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op de pagina's 8 tot en met 50 van de zorgverzekering.

8.3. De pagina's 46 en 47 van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige zorg en medisch specialistische verpleging thuis) bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

“(…)

Toestemming

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft dan moet Anderzorg u daar vooraf schriftelijk toestemming voor hebben gegeven.

“(…)”

8.4. Pagina 5 van de zorgverzekering, luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, dan vergoedt Anderzorg de kosten tot een maximumbedrag. Anderzorg vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Anderzorg gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. Op onze website www.anderzorg.nl/vergoedingen kunt u hierover meer informatie vinden. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Let op

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking."

- 8.5. Artikel A16 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziekte-kostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een nota indient

(...) Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt. Als u die indient, let u dan op het volgende:

Een nota online indienen:

- U kunt dat doen op MijnAnderzorg.nl,
- een gescande nota wordt gezien als origineel,
- Anderzorg kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen,
- de originele nota moet u 3 jaren bewaren.

Een nota per post indienen:

- Het moet het origineel van de nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- een nota wordt niet aan u teruggestuurd.

(...)

Let op

- De factuurdatum op de nota mag niet ouder zijn dan 3 jaar.
- De nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld.
- Als een nota aan het voorgaande in dit artikel niet voldoet, ontvangt u geen vergoeding.
- De gegevens op de nota moeten juist zijn en naar waarheid ingevuld.

(...)

- Als Anderzorg een vergoeding rechtstreeks betaalt aan de zorgaanbieder, vervalt daarmee de plicht aan u te vergoeden."

- 8.6. De passages op de pagina's 5, 46 en 47 van de zorgverzekering en de artikelen A16 en A24 van de 'Algemene Voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering zijn volgens pagina 5 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze

neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.
Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 6:203 BW luidt:

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

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie heeft er goede nota van genomen dat door de ziektekostenverzekeraar ter zitting is verklaard dat verzoeker niet wordt verdacht van fraude. De terugvordering van het bedrag van € 7.142,40 is gebaseerd op onverschuldigde betaling (artikel 6:203 BW). Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet tot terugvordering over mag gaan. Alvorens hier op in te gaan zal aandacht worden besteed aan het kader waarbinnen vergoeding heeft plaatsgevonden.
- 9.2. Vast staat dat verpleging en verzorging een verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering, dat verzoeker een indicatie had voor Persoonlijke Verzorging, en dat deze indicatie overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden is gesteld.
- 9.3. Verzoeker heeft gekozen voor een zorgverzekering op naturabasis zodat hij in beginsel is aangewezen op zorg en overige diensten, verleend door een zorgaanbieder die daartoe door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Dit laat onverlet dat hij de mogelijkheid heeft de zorg of overige diensten in te kopen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit heeft wel consequenties, onder andere ten aanzien van de hoogte van de vergoeding, de afwikkeling van de nota's en de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar.
- 9.4. Verzoeker heeft ervoor gekozen Persoonlijke Verzorging in te kopen bij een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Het lag op de weg van verzoeker met de niet-gecontracteerde zorgaanbieder behoorlijke afspraken te maken, met name met betrekking tot het aantal uren, het tarief en de kwalificaties van de zorgverleners. Het is niet met de individuele zorgverleners dat dergelijke afspraken worden gemaakt, maar met de zorgaanbieder, in dit geval De Gouden Zorg b.v., en deze is daarop dan ook door verzoeker aan te spreken indien sprake zou zijn van een toerekenbare tekortkoming in de uitvoering van de overeenkomst.
- 9.5. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoeker niet gemotiveerd bestreden dat de geïndiceerde Persoonlijke Verzorging is geleverd door drie personen die volgens eigen verklaring niet werkzaam waren voor Gouden Zorg b.v., terwijl daarnaast zorg is verleend door personen die wel werkzaam waren voor deze zorgaanbieder, maar die niet over de vereiste kwalificatie

(verpleegkundige of Verzorgende 3) beschikten. Daarmee is sprake van zorg die niet onder de dekking van de zorgverzekering valt.

- 9.6. Verzoeker heeft onder andere aangevoerd dat de kosten zijn gedeclareerd door middel van een akte van cessie. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden en heeft in zijn brief van 21 augustus 2018 erop gewezen dat de nota's door verzoeker zijn ingediend. Volgens verzoeker was het noch aan hem te controleren of de zorgverleners in dienst zijn van de zorgaanbieder, noch of zij voldoende gekwalificeerd zijn. Evenmin was het aan hem om te controleren of de niet door verzoeker ondertekende urenstaten zijn vervalst.
- 9.7. Dit alles kan niet overtuigen. Verzoeker heeft expliciet verklaard dat aan hem zorg is verleend. Dit moet dan ook het uitgangspunt zijn bij de beoordeling. Het is onwaarschijnlijk dat de betrokken zorgverleners anders dan via Gouden Zorg b.v. bij verzoeker terecht zijn gekomen. Het is voorts zonder meer onwaarschijnlijk dat verzoeker aannam dat hij op geen enkele wijze verantwoording hoefde af te leggen over de ontvangen zorg. Ook als de urenstaten zijn vervalst, zoals verzoeker heeft betoogd, had hij moeten begrijpen dat op enig moment vanuit de ziektekostenverzekeraar de vraag zou komen welke zorg op welke uren is verleend. Van enige – andere – administratie van verzoeker is in de procedure echter niet gebleken. Het gegeven dat de vergoeding niet bij verzoeker is terecht gekomen, maar bij de zorgaanbieder is in dit verband van geen belang. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat wijziging van het rekeningnummer alleen mogelijk is door gebruik te maken van verzoekers DigiD. Nog daargelaten dat verzoeker ter zitting heeft verklaard dat hij de wijziging zelf heeft uitgevoerd, zou het ook indien deze was uitgevoerd door de zorgaanbieder een omstandigheid betreffen die in zijn risicosfeer ligt. Het is een feit van algemene bekendheid dat men de DigiD niet ter beschikking van derden moet stellen. Wie dit toch doet, loopt het risico dat hiervan misbruik wordt gemaakt waarvan de nadelige gevolgen voor zijn rekening komen.
- 9.8. Uit het voorgaande volgt dat vergoeding van het bedrag van € 7.142,40 heeft plaatsgevonden zonder rechtsgrond en dat de ziektekostenverzekeraar in beginsel gerechtigd was een vordering uit onverschuldigde betaling tegen verzoeker in te stellen. Dit kan slechts anders zijn indien dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 9.9. Het is de verantwoordelijkheid van verzoeker kennis te nemen van de verzekeringsvoorwaarden en behoorlijke afspraken te maken met de niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zeker nu hij heeft gekozen voor een naturapolis en hij de zorg desalniettemin wenste te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het is de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor toestemming of machtiging alsmede de ingediende declaraties zorgvuldig te controleren.
Door de ziektekostenverzekeraar is ter zitting verklaard dat geen voorafgaande toestemming of machtiging vereist was. Hoewel dit in strijd lijkt met de verzekeringsvoorwaarden en een eerdere verklaring, gaat de commissie ervan uit dat deze eis niet is gesteld. Zou dit overigens anders zijn geweest, dan was daaruit nog niet zonder meer gevolgd dat verantwoordelijkheden van verzoeker hierdoor verschuiven naar de ziektekostenverzekeraar.
Voor zover de controle van de ingediende nota's aan de orde is, heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 5 januari 2018 verklaard dat deze worden gecheckt op AGB-code, WTZi-toelating, aantal uren, juiste prestatiecodes en tarieven. In tweede instantie kan een materiële controle volgen. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aldus voldoende zorgvuldigheid heeft betracht. Daarbij gaven de declaraties geen grond te veronderstellen dat mogelijk sprake was van onregelmatigheden.
- 9.10. Dit alles leidt tot de conclusie dat het terugvorderen van het uitgekeerde bedrag op basis van onverschuldigde betaling niet naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De commissie realiseert zich dat dit financiële gevolgen heeft voor verzoeker die door hem zeker niet gewenst zijn. Ook dit vormt echter geen aanleiding tot een verschuiving van verantwoordelijkheden. Verzoeker heeft de zorgaanbieder gecontracteerd, en het is aan hem de zorgaan-

bieder aan te spreken op de tekortkomingen in de nakoming van de overeenkomst. Dit aspect vormt evenwel geen onderdeel van de onderhavige procedure.
Hetgeen verder door verzoeker is aangevoerd, onder andere ten aanzien van de waarschuwingsplicht van de ziektekostenverzekeraar, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 november 2018,

L. Ritzema