

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202303041

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C. te B,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aan haar geleverde verpleging en verzorging alsnog te vergoeden, alsmede haar een schadevergoeding te betalen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarom heeft hij de persoonsgegevens van verzoekster gedurende een periode van acht jaren opgenomen in het Interne Incidentenregister. Ook zijn haar persoonsgegevens opgenomen in het Externe Verwijzingsregister van Stichting CIS, voor de duur van één jaar. De machtiging voor niet-gecontracteerde wijkverpleging is met terugwerkende kracht ingetrokken en de ingediende nota's worden niet aan verzoekster vergoed. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster de onderzoekskosten van € 1.562,50 in rekening gebracht.
- 1.2. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar zijn stellingen onvoldoende met stukken heeft onderbouwd. Het is niet aangetoond dat verzoekster het opzet had de ziektekostenverzekeraar te misleiden met het doel een hogere vergoeding te krijgen dan waarop zij was aangewezen. De ziektekostenverzekeraar dient de getroffen maatregelen daarom ongedaan te maken en de gevorderde onderzoekskosten van € 1.562,50 blijven voor zijn rekening. De ziektekostenverzekeraar moet verder de kosten van de aan verzoekster geleverde verpleging en verzorging vergoeden, voor zover deze althans vallen binnen de gegeven machtiging. De ziektekostenverzekeraar mocht het onderzoek zoals dat is gedaan uitvoeren, en verzoekster diende hieraan medewerking te verlenen. Er is geen sprake van onrechtmatig handelen in de zin van artikel 6:162 BW en de ziektekostenverzekeraar is daarom niet gehouden verzoekster een schadevergoeding te betalen. Wel dient hij het in het kader van deze procedure door verzoekster betaalde entreegeld van € 37,- aan haar te vergoeden.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 21 oktober 2023 de onderhavige kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De zaak is op 22 december 2023 opgepakt door een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen. Verzoekster heeft op die datum desgevraagd telefonisch verklaard dat zij de commissie vraagt een uitspraak te doen. Op 19 januari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 6 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 maart 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 april 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Goede Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Pechvogelhulp (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is bekend met fibreuze dysplasie, een zeldzame chronische ziekte waarbij gezond bot plaatselijk wordt vervangen door ziek (fibreus) bot. Dit leidt tot zwakke botten die snel kunnen breken of vervormen. Ook heeft zij een fibroadenoom aan de linker zijde van haar borst en is zij belast met fibreuze laesies in enkele ribben. Na een gecompliceerde bevalling van haar vierde kind heeft zij zorg nodig. Deze zorg wordt aan haar verleend door een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Een onafhankelijk wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld op basis van 7 uren Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 september 2022 meegedeeld het aantal geïndiceerde uren toe te kennen voor de periode van 5 juli 2022 tot en met 4 januari 2023.
- 3.3. In de maanden juli tot en met december 2022 heeft de zorgaanbieder zorg aan verzoekster verleend. Hiervan is een viertal facturen opgemaakt, die door de zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd. Bij brief van 1 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld een onderzoek te starten naar de ingediende declaraties. Verder heeft hij meegedeeld informatie te willen opvragen bij de huisarts, en heeft hij verzoekster hiervoor om toestemming gevraagd. Op 23 mei 2023 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden tussen twee medewerkers van de ziektekostenverzekeraar, verzoekster en haar echtgenoot. Naar aanleiding van dit telefoongesprek heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend over de gang van zaken en een schadevergoeding gevorderd.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 22 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij de klacht van verzoekster ongegrond verklaart en niet zal overgaan tot betaling van een schadevergoeding. Verder heeft hij verklaard dat geen dossierstukken worden gestuurd van het lopende onderzoek. Verzoekster is hiervoor verwezen naar de zorgaanbieder.
- 3.5. Bij brief van 27 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat zij fraude heeft gepleegd en dat in verband hiermee een aantal maatregelen wordt opgelegd. De persoonsgegevens van verzoekster worden gedurende een periode van acht jaren opgenomen in het Interne Incidentenregister. Ook worden haar persoonsgegevens opgenomen in het Externe Verwijzingsregister van Stichting CIS, voor de duur

van één jaar. De machtiging voor niet-gecontracteerde wijkverpleging wordt met terugwerkende kracht ingetrokken en de ingediende nota's worden niet aan verzoekster vergoed. Verder brengt de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster de onderzoekskosten van € 1.562,50 in rekening.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
- (i) de geleverde zorg alsnog aan haar te vergoeden, en
 - (ii) haar een schadevergoeding te betalen.
- 4.2. Verzoekster heeft in dit verband in haar brief aan de ziektekostenverzekeraar van 27 mei 2023 aangevoerd dat het gesprek op 23 mei 2023 in eerste instantie vriendelijk en onschuldig begon. Naarmate het gesprek vorderde, voelden verzoekster en haar echtgenoot zich echter als misdadigers behandeld. De medewerker van de afdeling Veiligheidszaken leek niet blij met de antwoorden die zij kreeg, en bleef maar doorvragen naar de situatie van de kinderen. Verzoekster begrijpt niet wat de situatie van haar kinderen te maken heeft met de zorg die zij ontvangt vanuit de zorgverzekering. Zij heeft dit ook besproken met een wijkverpleegkundige, die haar heeft bevestigd dat het hebben van kinderen geen voorwaarde is om toegang te krijgen tot wijkverpleging vanuit de zorgverzekering. De eveneens bij het gesprek aanwezige adviserend verpleegkundige heeft hierover echter niets gezegd, waardoor de situatie is geëscaleerd. De medewerker van de afdeling Veiligheidszaken herhaalde steeds dezelfde vragen en had geen gehoor voor de antwoorden die zij kreeg als deze niet in lijn waren met haar eigen vaste overtuigingen. Daarnaast heeft zij met haar manipulerende, suggestieve en oneerlijke vragen de privacy van verzoekster en haar echtgenoot ernstig geschaad. Zij heeft hiermee de regels van de "Gedragscode Persoonlijk Onderzoek" (GPO) met voeten getreden. Verzoekster is van mening dat sprake is van een onrechtmatige daad in de zin van artikel 6:162 BW en zij vordert op grond hiervan een schadevergoeding.
- 4.3. In haar brief aan de SKGZ van 21 oktober 2023 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat de ziektekostenverzekeraar haar heeft verteld dat het onderzoek is ingesteld in verband met administratieve fouten in het aanvraagformulier wijkverpleging. Het betreft een foutief adres (het oude woonadres) en de maand van de geboorte van haar vierde kind. Deze gegevens zijn kennelijk door de indicerende wijkverpleegkundige onjuist genoteerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar vormt dit reden de vergoeding van de declaraties op te schorten en een uitgebreid onderzoek te starten. Het gesprek op 23 mei 2023 vormde een onderdeel van dit onderzoek. Het lag echter op de weg van de ziektekostenverzekeraar via Vecozo de controle op de verzekeringsgegevens uit te voeren. In dat geval was gebleken dat het adres in het aanvraagformulier en de verzekeringsgegevens niet overeen kwamen, en had daarop kunnen worden geanticipeerd. Daarnaast begrijpt verzoekster niet hoe deze fouten het recht op wijkverpleging zouden kunnen doen vervallen. Het gaat immers primair om de aard van de zorgbehoefte en de hieruit voortvloeiende zorg. Deze zorg is door de zorgaanbieder geleverd.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat door de arts werd verteld dat haar echtgenoot moest gaan kijken hoe hij het thuis zou gaan doen. Er zijn drie andere kinderen en hij heeft zelf een tumor in de rug. De huisarts heeft de thuiszorgpapieren in orde gemaakt. Verzoekster heeft niet gezien dat er een aanvraag ingediend was voor een andere zorgaanbieder. Op 23 mei 2022 was er een gesprek met twee medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Het gesprek begon goed, maar één van de medewerkers bleek vooringenomen te zijn. Zij wilde de antwoorden horen die zij wilde hebben. Dit blijkt ook uit audiobestanden. Na een uur werden vragen gesteld over de kinderen, bijvoorbeeld waar ze naar school gaan. Verzoekster vraagt zich af wat dit te maken heeft met haar recht op zorg. De ziektekostenverzekeraar zegt dat verzoekster en haar echtgenoot het gesprek niet wilden aangaan. Maar het gesprek duurde een uur en 14 minuten. Kennelijk waren toen nog niet alle vragen gesteld. Wel was diverse keren dezelfde vraag gesteld. Er is een onafhankelijke

wijkverpleegkundige langs geweest, en verzoekster vindt het niet kunnen dat er wordt getwijfeld aan de indicatiestelling van deze man. De documentatie die de ziektekostenverzekeraar heeft aangelegd omtrent fraude, is nergens op gebaseerd.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan verzoekster van 27 februari 2024 aangevoerd dat vanwege signalen over de rechtmatigheid van de aangevraagde en gedeclareerde zorg door de zorgaanbieder een onderzoek is gestart. Een onderdeel van dit onderzoek was het voeren van een uitgebreid telefoongesprek met verzoekster en haar echtgenoot. Aan dit gesprek namen een adviserend verpleegkundige en de specialist Veiligheidszaken deel. De echtgenoot van verzoeker vertelde meerdere malen zich niet alles te kunnen herinneren en wilde niet alle vragen beantwoorden. Daarnaast werden vragen ontwijkend beantwoord. Het onderzoek is vanwege een door verzoekster ingediende klacht tijdelijk stilgelegd. Daarna reageerde verzoekster niet meer op een uitnodiging voor een gesprek met de klachtbehandelaar, en is het onderzoek voortgezet.
- 5.2. De aanvraag voor zorg ontving de ziektekostenverzekeraar op 10 september 2022, ruim twee maanden na aanvang van de zorg. Verzoekster vroeg zorg aan voor de periode 5 juli 2022 tot en met 4 januari 2023. De ziektekostenverzekeraar stelde tijdens het onderzoek vast dat de ontvangen aanvraag diverse onjuistheden bevatte. Verzoekster vroeg om een aantal redenen zorg aan, onder andere omdat zij een zware bevalling had doorgemaakt en haar partner overbelast zou zijn vanwege de zorg voor de vier kinderen. Ook werd bij de aanvraag beschreven dat verzoekster zou toewerken naar zelfredzaamheid door de inzet van ergotherapie. Hoewel in de zorgvraag werd geschreven over vier kinderen, was er volgens de administratie slechts één kind op de verzekering bijgeschreven. Dit was voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding de Basisregistratie Personen (BRP) te raadplegen. De ziektekostenverzekeraar stelde op grond daarvan vast dat verzoekster meerdere kinderen heeft en dat deze niet in Nederland waren ingeschreven gedurende de periode waarvoor zij zorg aanvroeg. Deze concrete discrepantie tussen enerzijds de reden van de zorgaanvraag en de opmerkingen in de indicatiestelling en anderzijds de opgave in de polisadministratie en de informatie in de BRP, waren aanleiding om verzoekster hierover vragen te stellen in een gesprek. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar door deze onjuiste voorstelling van zaken meer uren zorg laten toekennen dan dat hij zou hebben gedaan als hij op de hoogte was geweest van de werkelijke situatie. Verder stelde de ziektekostenverzekeraar vast dat op het door verzoekster 'voor juist' ondertekende zorgplan, het adres en de geboortedatum van het toen jongste kind onjuist vermeld staan. In het zorgplan is opgenomen dat het kind is geboren op 4 juli 2022, terwijl dit volgens de administratie 10 juni 2022 is.
- 5.3. Tevens constateerde de ziektekostenverzekeraar dat de handtekeningen die werden aangetroffen op de documenten bij de aanvraag en op de later verkregen toestemmingsverklaringen niet overeenkomen. De ziektekostenverzekeraar stelde vast dat in de zorgrapportage onjuistheden staan vermeld en dat de beschreven zorg niet overeenkomt met de aangevraagde zorg. Verder verbaasde het de ziektekostenverzekeraar dat er zelden een opmerking wordt gemaakt over de toestand van verzoekster in relatie tot de bevalling en het jonge kind. Opmerkingen in de rapportage mogen logischerwijze worden verwacht, aangezien dat stuk onder andere ten grondslag lag aan de aanvraag. De ziektekostenverzekeraar vroeg bij de zorgaanbieder diploma's op van de vijf personen die volgens de zorgrapportage de zorg aan verzoekster hebben verleend. De ziektekostenverzekeraar ontving hierop vier diploma's. Ondanks meerdere verzoeken daartoe werd het vijfde diploma niet ontvangen. De ziektekostenverzekeraar stelde vast dat slechts twee van de ingezette zorgverleners voldoen aan het vereiste niveau, zoals beschreven in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.4. Verzoekster diende in november 2022 de nota's van de voorafgaande maanden ter declaratie in bij de ziektekostenverzekeraar. De gedeclareerde uren waren exact gelijk aan het aantal

uren waarvoor een machtiging werd afgegeven. Gezien de afwijkingen en onjuistheden die de ziektekostenverzekeraar vaststelde in de zorgrapportage en urenstaten, kan de ziektekostenverzekeraar niet anders dan concluderen dat het aantal gedeclareerde uren niet correct kan zijn. In het zorgplan stond beschreven dat verzoekster zou toewerken naar meer zelfredzaamheid door de inzet van ergotherapie. De ziektekostenverzekeraar stelde vervolgens vast dat door hem geen enkele declaratie werd ontvangen voor ergotherapie of een andere bewegetherapie. Verzoekster voldeed daarmee niet aan hetgeen werd opgenomen in de machtiging. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar hierdoor ernstige twijfels over de doelmatigheid van de gedeclareerde zorg.

Bij de huisarts vroeg de ziektekostenverzekeraar na wat zijn visie was op de door verzoekster aangevraagde zorg. Hij verklaarde dat zij een zware bevalling had doorgemaakt en dat zij toen mogelijk was aangewezen op persoonlijke verzorging van een professionele zorgverlener. De periode van zorg die was aangevraagd, was volgens de huisarts langer dan verzoekster nodig zou hebben. De huisarts verklaarde voorts dat de reumatoloog verzoekster er diverse malen op had gewezen dat het voor haar belangrijk is te bewegen.

De ziektekostenverzekeraar is op basis van zijn bevindingen van mening dat verzoekster, in samenspraak met haar echtgenoot, de indicatiesteller, en zorgaanbieder heeft getracht de ziektekostenverzekeraar te misleiden, om aanspraak te maken op een vergoeding waarop zij geen recht had. Daarmee is sprake van fraude, en zijn de opgelegde maatregelen gerechtvaardigd.

- 5.5. In het nader commentaar van 6 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het onderzoek zich in eerste instantie richtte op de zorgaanbieder, wat ook de reden was de aanvraag en het zorgplan te controleren. Op 1 december 2022 is aan verzoekster verzocht toestemming te verlenen om informatie op te vragen bij de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar ontving de toestemmingsverklaring op 12 december 2022 en vroeg op 19 december 2023 stukken op bij de zorgaanbieder. Omdat de echtgenoot van verzoekster navraag deed over het uitblijven van de betaling naar aanleiding van de ingediende declaraties, heeft de ziektekostenverzekeraar hem op 3 januari 2023 schriftelijk geïnformeerd dat eerst stukken moeten zijn ontvangen voordat een uitkering wordt gedaan. Nadat op 23 januari 2023 informatie werd ontvangen van de zorgaanbieder en deze vervolgens niet meer reageerde op een aanvullend verzoek van de afdeling Veiligheidszaken, is besloten de bevindingen tot dan toe voor te leggen aan verzoekster, aangezien zij via haar echtgenoot de declaraties indiende. De verwachting van de afdeling Veiligheidszaken was dat verzoekster mogelijk een toelichting kon geven op de bevindingen en feiten. Daarom is zij uitgenodigd om op 23 mei 2023 een gesprek te voeren. Wat niet is verstrekt gedurende het onderzoek is de hiervoor genoemde aanvraag en het bijbehorende zorgplan. Dit is in de heroverweging van 22 september 2023 aan verzoekster toegelicht. Over andere stukken is niet gesproken. Uit het dossier van de SKGZ blijkt dat verzoekster de aanvraag en het zorgplan inmiddels heeft ontvangen.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de aanvraag is beoordeeld door de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar die ook bij het latere gesprek aanwezig was. Dit is voor een deel op basis van goed vertrouwen. Het enige waarin de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar niet is meegegaan, is het aantal geïndiceerde uren voor de indicatiestelling; de zeven geïndiceerde zorguren zijn onverkort toegekend. Vervolgens zijn signalen ontvangen over de zorgaanbieder. Daarom is deze declaratie doorgestuurd naar de afdeling Veiligheidszaken. Toen zijn met toestemming van verzoekster stukken opgevraagd bij de zorgaanbieder. Helaas is niet alles ontvangen wat was gevraagd, maar wel een zorgrapportage en urenstaten. Er waren inconsistenties tussen deze beide documenten. Dit vormde aanleiding om verder te gaan met het onderzoek. Omdat de aanbieder niet meer reageerde op het verzoek om aanvullende informatie, is gekeken naar de aanvraag, die niet te rijmen was met de zorgrapportages die zijn ontvangen. Daarna is getracht dit te toetsen bij verzoekster; vandaar het gesprek. Ook is informatie gevraagd bij de huisarts. Het gesprek met de verzoekster en haar echtgenoot is zo afgelopen dat men niet meer vragen wilde beantwoorden. Er is nog een aanbod gedaan om het gesprek opnieuw te voeren met andere medewerkers, maar hierop is niet ingegaan. De zorgaanbieder heeft nog wel bij de ziektekostenverzekeraar nagevraagd wanneer de uitkering zou plaatsvinden, maar daarop is hij verwezen naar verzoekster. De overbelasting van de echtgenoot vormde een reden een (hogere) machtiging te verlenen. De

ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de kinderen eigenlijk niet bij verzoekster en haar echtgenoot woonden. Ook is de indicatie pas ondertekend op 21 juli 2022. Dit is ruim een maand nadat verzoekster uit het ziekenhuis was ontslagen.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

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

Vermeende fraude

- 7.2. In artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld welke mogelijkheden de ziektekostenverzekeraar heeft om fraude op te sporen en welke maatregelen hij bij een constatering van fraude mag treffen. Het begrip 'fraude' wordt in de begripsomschrijvingen als volgt omschreven: *"Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels."*
De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat verzoekster zich - al dan niet tezamen met haar echtgenoot, de indicatiesteller en de niet-gecontracteerde zorgaanbieder - schuldig heeft gemaakt aan fraude, en heeft om die reden vergoeding van de ingediende nota's geweigerd, de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in twee registers voor de duur van acht respectievelijk één jaar, alsmede de onderzoekskosten ten bedrage van € 1.562,50 bij haar in rekening gebracht.
- 7.3. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit geldt - blijkens het slot van genoemde bepaling - alleen als deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt. In het tweede lid is bepaald dat de verzekeringnemer verplicht is binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vérstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere, op grond van de verzekeringsvoorwaarden, mogelijk te treffen sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Interne Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van het opzet tot misleiding. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt. In dat verband kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd om de verzekeraar 'op het verkeerde been' te zetten. Bij betwisting door de wederpartij moet de verzekeraar zijn stellingen bewijzen.
- 7.4. In het voorliggende geval is namens verzoekster zorg aangevraagd in verband met een bevalling, waarbij onder andere in de zogenoemde 'OMAHA Aanleiding' is omschreven dat de echtgenoot

van verzoekster moest worden ontzien in verband met drie andere in het gezin aanwezige kinderen. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat de andere kinderen volgens de BRP niet waren ingeschreven op het adres van verzoekster. Verzoekster heeft hierop gesteld dat deze kinderen wel bij haar inwonen. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn stelling niet onderbouwd met bijvoorbeeld een uitdraai uit de BRP, zodat de juistheid ervan door de commissie niet is te controleren. Verder heeft de huisarts volgens de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster weliswaar zorg nodig zal hebben gehad na haar bevalling, maar minder dan is aangevraagd. Deze verklaring bevindt zich echter ook niet in het dossier, zodat de verklaring van de ziektekostenverzekeraar wederom niet is te verifiëren. Bovendien heeft als uitgangspunt te gelden dat de indicierend wijkverpleegkundige bij uitstek bevoegd en in staat is te beoordelen op hoeveel zorg iemand is aangewezen. Bij twijfel hierover ligt het op de weg van de ziektekostenverzekeraar contact te zoeken met de indicierend wijkverpleegkundige. Ook hierover is door de ziektekostenverzekeraar echter geen informatie overgelegd.

- 7.5. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts aangevoerd dat door de zorgaanbieder op het aanvraagformulier een onjuist adres van verzoekster is vermeld, evenals een onjuiste geboortedatum van haar vierde kind. Ook zouden de handtekeningen op de aanvraag en toestemmingsverklaring niet overeenkomen en is er sprake van onjuistheden in de zorgrapportage. Tevens komt de beschreven zorg volgens de ziektekostenverzekeraar niet overeen met de aangewezen zorg en zijn geen opmerkingen gemaakt over de situatie van verzoekster en haar kind. Tot slot is niet toegewerkt naar meer zelfredzaamheid en waren niet alle diploma's van de medewerkers van de zorgaanbieder in orde. Nog afgezien van het feit dat ook al deze stellingen niet met stukken door de ziektekostenverzekeraar zijn onderbouwd - zo heeft de ziektekostenverzekeraar geen onderzoeksrapport overgelegd en is hij daarnaast niet bereid de door hem gemaakte opnamen van het gesprek met verzoekster en haar echtgenoot aan te leveren - kunnen deze enkele stellingen niet leiden tot het oordeel dat verzoekster het opzet had de ziektekostenverzekeraar te misleiden en hem te bewegen meer zorg te vergoeden dan waarop zij was aangewezen. Zoals volgt uit het gestelde onder 7.3. is een vermoeden niet voldoende, maar moet het opzet worden aangetoond. Gelet op het feit dat het gaat om zware beschuldigingen aan het adres van verzoekster, lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar zijn argumenten deugdelijk te onderbouwen. Hierin is de ziektekostenverzekeraar, waar het verzoekster betreft, niet geslaagd. Om die reden dienen de in dat kader opgelegde maatregelen ongedaan te worden gemaakt, en blijven de onderzoekskosten van € 1.562,50 voor rekening van de ziektekostenverzekeraar.

Aanspraak verpleging en verzorging

- 7.6. De aanvraag voor verpleging en verzorging is in eerste instantie gehonoreerd. Gelet op het feit dat geen fraude is aangetoond, is de ziektekostenverzekeraar gehouden de declaraties die zijn ingediend, en die vallen binnen de gemachtigde periode, aan verzoekster te vergoeden. Hierbij geldt overigens wel dat de gedeclareerde zorg ook in lijn moet zijn met de gestelde indicatie. Zorg die daarbuiten valt, hoeft niet door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster te worden vergoed. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar onweersproken gesteld dat verzoekster niet lijkt te hebben toegewerkt naar meer zelfredzaamheid, hoewel dit volgens het zorgplan was aangewezen. Hoewel niet relevant voor het onderhavige geschil, kan dit wel aanleiding vormen voor de ziektekostenverzekeraar dit mee te nemen in de beoordeling van een eventuele aanvraag voor verlenging van de machtiging.

Schadevergoeding

- 7.7. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de regels van de "Gedragscode Persoonlijk Onderzoek" (GPO) met voeten heeft getreden, waardoor sprake is van een onrechtmatige daad in de zin van artikel 6:162 BW. Op grond hiervan vordert zij een schadevergoeding. Door verzoekster zijn in dit verband geluidsfragmenten overgelegd van het met de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar gevoerde telefoongesprek. De commissie

merkt op dat zij op grond van het toepasselijke reglement niet bevoegd is een schadevergoeding toe te kennen, nog daargelaten dat verzoekster niet heeft onderbouwd welke schade zij door het gestelde onrechtmatig handelen van de ziektekostenverzekeraar heeft geleden. Ten overvloede overweegt de commissie daarom dat uit de overgelegde geluidsfragmenten niet blijkt dat de ziektekostenverzekeraar buiten zijn bevoegdheid is getreden. Voor de ziektekostenverzekeraar bestond gerede aanleiding een nader onderzoek te doen - in eerste instantie kennelijk naar de niet-gecontracteerde zorgaanbieder - en op grond van artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering was verzoekster gehouden hieraan mee te werken. De vragen die de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar hebben gesteld, waren relevant - zeker in het licht van de geconstateerde discrepanties - zodat niet kan worden gesproken van een onrechtmatige daad. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar wel het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) niet is aangetoond dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster een vergoeding te verlenen voor de door haar gemaakte kosten van verpleging en verzorging, voor zover deze binnen de gegeven machtiging vallen;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.
- (iv) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 14 mei 2024,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 7

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.

Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, en/of advies en begeleiding zoals apothekhoudenden die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, één en ander met inachtneming van het door ons vastgestelde Reglement Farmaceutische zorg.

Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of recht-hebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een instelling voor eerstelijns verloskundige zorg (ook wel geboortehotel of bevalcentrum genoemd) gevestigd in een ziekenhuis met acute verloskundige zorg in het zorgaanbod. Je kunt hier bevallen en eventueel verblijven gedurende de kraamperiode.

Gecontracteerde zorg

De zorg die wij op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht zijn op basis van een tussen ons en een zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp)

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare verzekerden die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten zijn meestal hoofdbehandelaar voor deze zorg.

Geneesmiddel

Een stof of samenstel van stoffen die bestemd is om te worden toegediend of aangewend of gepresenteerd voor:

- het genezen of voorkomen van een ziekte, gebrek, wond of pijn bij de mens;
- het stellen van een geneeskundige diagnose bij de mens, of
- het herstellen, verbeteren of anderszins wijzigen van functies bij de mens.

Generalistische basis GGZ

De (aanvullende) diagnostiek en generalistische behandeling van lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problemen of stabiele chronische psychische problematiek voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Geregistreerd-mondhygiënist

De geregistreerd-mondhygiënist mag bepaalde voorbehouden behandelingen uitvoeren zoals zelfstandig verdoven, röntgenfoto's maken en eerste gaatjes vullen.

Geriatrisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatrisch fysiotherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatie is bedoeld voor kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld door een beroerte of een botbreuk. Deze vorm van revalidatie is aangepast aan de individuele herstelmogelijkheden en het trainingstempo van deze ouderen en houdt rekening met eventuele andere bestaande aandoeningen. Het doel is de ouderen te helpen om terug te keren naar huis.

Gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog)

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Artikel 9. Regres

Als verzekeringnemer of verzekerde ben je verplicht:

- ons inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- contact met ons op te nemen voordat je met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt – daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde – een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade.

Je mag nooit zonder onze schriftelijke toestemming met een derde of degene die voor of namens die derde optreedt, een regeling treffen. Hieronder verstaan we ook het verlenen van kwijting (een verklaring afgeven dat de schuld is afgelost), waardoor wij in onze rechten worden benadeeld.

Als je hieraan geheel of gedeeltelijk niet voldoet ben je verplicht de door ons geleden schade te vergoeden.

Als je het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico moet betalen voor medische hulp ten gevolge van een ongeval waarvoor een ander schuldig is, dien je dit zelf bij die tegenpartij te verhalen.

Artikel 10. Fraude

Verplichting tot medewerking

Wij mogen inhoudelijke controles en fraudeonderzoeken uitvoeren als het gaat over de aanvraag van je verzekering, je gegevens in onze administratie en je declaraties. Dit doen wij op grond van de Zorgverzekeringswet en het Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen. De Regeling zorgverzekering verplicht zorgverzekeraars materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in deze regeling gestelde eisen. Je bent verplicht je medewerking hieraan te verlenen. Verleen je geen medewerking, dan zijn wij ook niet in staat om je verhaal te horen en zijn wij genoodzaakt eenzijdige conclusies te trekken.

Persoonsgegevens

Voor het doen van fraudeonderzoek registreren wij je persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en wordt beheerd door team Veiligheidszaken Zorg.

Zorgverzekeraars werken actief samen op het gebied van fraudebeheersing

De Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet Marktordening Gezondheidszorg geven Zorgverzekeraars de bevoegdheid om onderling informatie te delen als het gaat om controle en fraudebeheersing. Daarnaast wisselen wij ook signalen uit met ketenpartners om fraude te bestrijden, zoals de NZa, iSZW en de FIOD, met inachtneming van artikel 06.01 Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Deze informatiedeling kan rechtstreeks plaatsvinden of via Zorgverzekeraars Nederland. De AVG geeft aan op welke wijze persoonsgegevens mogen worden verwerkt.

Vervallen recht op zorg

Gedurende het lopende onderzoek worden declaraties niet vergoed. Als fraude na onderzoek is bewezen, geheel of gedeeltelijk, dan vervalt je recht op zorg. Dit betekent dat wij de betreffende declaratie(s) afwijzen en niet uitkeren, dan wel de uitgekeerde vergoeding(en) terugvorderen. Bij gedeeltelijke fraude vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook over dat deel waarover niet gefraudeerd is. Tevens zullen wij onderzoekskosten in rekening brengen op grond van artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek.

Maatregelen

Als jij en medeplichtige(n) of medepleger(s) zich tegenover ons schuldig maken aan fraude, dan hebben wij het recht om:

- een officiële waarschuwing te geven;
- een interne signalering te plaatsen;
- je (zorg)verzekering per direct te beëindigen. Dit houdt in:
 - gedurende een periode van 5 jaar een nieuwe Basisverzekering te weigeren. Voor andere zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht op de Basisverzekering jegens jou;
 - gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij de verzekeraars van a.s.r
- je contractsrelatie stop te zetten en alle lopende verzekeringen bij de merken van a.s.r. en haar volmachten op te zeggen;
- je persoonsgegevens te registreren in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS;
- je persoonsgegevens te registreren bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- een verzoek tot strafrechtelijke vervolging in gang te zetten door het doen van aangifte bij de politie of een andere opsporingsinstantie;