



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Fraude, melding declaratiefraude, onderzoeksplicht
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, art. 35 Wmg
Zaaknummer : 202001426
Zittingsdatum : 6 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 8 september 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De zorgverzekeraar heeft op 16 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 november 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 januari 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Bewuzt (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Door middel van een declaratieoverzicht heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een thuiszorgorganisatie zorgkosten in rekening heeft gebracht over de periode van 26 september 2019 tot en met 30 september 2019 en dat de zorgverzekeraar deze kosten heeft vergoed.

3.3. Op 19 februari 2020 heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar om melding te maken van door hem vermoede declaratiefraude. De zorgverzekeraar heeft op 19 februari 2020 aan verzoeker per brief een bevestiging gestuurd van dit telefoongesprek. Hierin is vermeld dat de thuiszorgorganisatie ten onrechte zorg heeft gedeclareerd voor de maand september 2019 en dat de zorgverzekeraar hem hierop zal aanspreken.

3.4. De zorgverzekeraar heeft op 11 mei 2020 per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat de conclusie die hij op 19 februari 2020 had getrokken niet juist is gebleken. Volgens de zorgverzekeraar is de declaratie van de thuisorganisatie correct en zijn de betreffende kosten terecht vergoed.

3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar onder andere op 11 mei 2020, 19 mei 2020, 20 augustus 2020, 25 augustus 2020 en 3 september 2020 om heroverweging van deze beslissing verzocht. Uit het dossier blijkt niet dat de zorgverzekeraar op deze verzoeken heeft gereageerd, althans niet schriftelijk.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:
(i) de zorgverzekeraar zijn melding van declaratiefraude niet correct heeft afgehandeld;
(ii) de zorgverzekeraar het bedrag dat is uitgekeerd aan de zorgaanbieder naar aanleiding van een declaratie over de maand september 2019 van hem moet terugvorderen.

- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepaling uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) over het vergoeden van zorgkosten is 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. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij bij de zorgverzekeraar melding heeft gedaan van door hem vermoede declaratiefraude, omdat door de zorgaanbieder kosten zijn gedeclareerd voor zorg die niet is geleverd. Hoewel de zorgverzekeraar aanvankelijk heeft geoordeeld dat de zorgkosten inderdaad ten onrechte waren gedeclareerd, is hij hier op basis van één telefoongesprek met de zorgaanbieder op teruggekomen. Daarmee gaat de zorgverzekeraar ten onrechte voorbij aan alle bewijsstukken die verzoeker heeft toegezonden en waaruit blijkt dat hij ten tijde van de geleverde zorg in het buitenland was, zodat de zorgverlening op dat moment niet heeft kunnen plaatsvinden.

- 6.3. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat hij, naar aanleiding van de melding van verzoeker op 27 februari 2020, telefonisch contact heeft opgenomen met de zorgaanbieder die de zorgkosten heeft gedeclareerd. Deze zorgaanbieder heeft verklaard dat op 30 september 2019 een intakegesprek bij verzoeker thuis heeft plaatsgevonden. De zorgverzekeraar ziet geen aanleiding te twifelen aan deze verklaring. Uit de stukken die verzoeker heeft overgelegd, blijkt niet dat hij op genoemde datum nog in het buitenland verbleef.

- 6.4. De commissie constateert dat tussen partijen in geschil is of de zorgverzekeraar de melding van verzoeker correct heeft afgehandeld. De commissie neemt bij de beoordeling van dit geschil als uitgangspunt dat verzekeraars hun verzekerden nadrukkelijk oproepen om onregelmatigheden te melden. Indien een zodanige melding plaatsvindt mag worden verwacht dat hier ook opvolging aan wordt gegeven. Voorts mag een verzekeraar geen zorg vergoeden als deze niet is verleend. Dit volgt uit artikel 35, derde lid, Wmg. Het is dan ook aan de verzekeraar gedegen onderzoek te doen op het moment dat aan hem wordt gemeld dat door een zorgaanbieder kosten zijn gedeclareerd voor zorg die niet is geleverd. In de toepasselijke wet- en regelgeving is echter niet opgenomen hoe een dergelijk onderzoek moet worden vormgegeven.

- 6.5. De commissie overweegt dat van de verzekeraar in ieder geval mag worden verwacht dat hij de betreffende zorgaanbieder op hoogte stelt van de melding die hij heeft ontvangen, dat hij hem vraagt om een inhoudelijke reactie, en dat hij deze reactie vervolgens deelt met degene die de melding heeft gedaan. Daarnaast kan het noodzakelijk zijn aanvullende informatie op te vragen bij betrokkenen om een eventuele onduidelijkheid die bij hen bestaat weg te nemen. Uiteindelijk zal de verzekeraar zich een oordeel moeten vormen op basis van alle informatie die hij heeft ontvangen, en zo nodig zal hij actie moeten ondernemen richting de declarerende zorgaanbieder.

- 6.6. De commissie constateert dat de zorgverzekeraar op 19 februari 2020 tot de aanvankelijke conclusie is gekomen dat de thuiszorgorganisatie geen zorgkosten mocht declareren voor de maand september 2019. Op dat moment had echter nog geen contact plaatsgevonden tussen de zorgverzekeraar en de thuiszorgorganisatie. De conclusie die door zorgverzekeraar werd getrokken was daarmee voorbarig. Dit volgt tevens uit het feit dat de zorgverzekeraar, nadat hij telefonisch contact had opgenomen met de directeur van de thuiszorgorganisatie, tot het oordeel kwam dat de zorgkosten toch mochten worden gedeclareerd, hetgeen op 11 mei 2020 per e-mail aan verzoeker is meegedeeld.
- 6.7. In dit verband vindt de commissie het verder belangrijk op te merken dat de zorgverzekeraar op basis van een door de thuiszorgorganisatie opgesteld activiteitenoverzicht heeft aangenomen dat op 30 september 2019 een intakegesprek heeft plaatsgevonden tussen verzoeker en een medewerker van de thuiszorgorganisatie. Daarentegen heeft verzoeker een begin van bewijs geleverd dat op 30 september 2019 geen intakegesprek heeft kunnen plaatsvinden, omdat hij op dat moment nog in het buitenland verbleef. In dit verband heeft hij een tankbon, een verklaring van een campinghouder en een verklaring van zijn mantelzorger overgelegd. Daarnaast heeft verzoeker aangevoerd dat in het zorgplan, dat reeds op 26 september 2019 zou zijn opgesteld, informatie is vermeld die op dat moment nog niet bekend was bij de thuiszorgorganisatie.
- 6.8. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij geen aanleiding heeft gezien om opheldering te vragen aan de medewerker van de thuiszorgorganisatie die het intakegesprek op 30 september 2019 zou hebben gevoerd. Volgens de commissie had dit wel in de rede gelegen, gelet op de feiten en omstandigheden die door verzoeker zijn aangevoerd. Daarin is de zorgverzekeraar nalatig geweest.
- 6.9. Het voorgaande neemt niet weg dat uit het activiteitenoverzicht van de thuiszorgorganisatie blijkt dat op 26 september 2019 een begin is gemaakt met het opstellen van een zorgplan. Ter zitting is door de zorgverzekeraar verklaard dat dit een declarabele handeling is en op basis van de afspraken tussen de zorgverzekeraar en de thuiszorgorganisatie op grond hiervan een declaratie mag worden ingediend. Weliswaar heeft verzoeker aangevoerd dat het betreffende zorgplan informatie bevat die pas begin oktober 2019 bekend kon zijn, maar dit sluit niet uit dat reeds op 26 september 2019 een begin is gemaakt met het opstellen van het zorgplan en dat dit op een later moment is aangevuld met nieuwe relevante informatie.
- 6.10. De slotsom is dat de zorgverzekeraar op punt van het al dan niet op 30 september 2019 gevoerde intakegesprek nader onderzoek had moeten doen. Een en ander neemt niet weg dat hij op basis van het activiteitenoverzicht van de thuiszorgorganisatie in redelijkheid tot het oordeel kon komen dat de ingediende declaratie terecht was, omdat hierop is vermeld dat op 26 september 2019 een begin is gemaakt met het opstellen van een zorgplan. Gelet op het feit dat het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, vormt dit aanleiding te bepalen dat de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet voldoen.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de zorgverzekeraar nader onderzoek had moeten doen naar het al dan niet gevoerde intakegesprek op 30 september 2019;
 - (ii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 22 januari 2021

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Wet marktordening gezondheidszorg

Artikel 35

- 1 Het is een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen:
 - a. dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie op grond van [artikel 50, eerste lid, onderdeel b](#), is vastgesteld;
 - b. dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van [artikel 50, eerste lid, onderdeel c](#), voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
 - c. voor een prestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving op grond van [artikel 50, eerste lid, onderdeel d](#), is vastgesteld;
 - d. voor een prestatie waarvoor een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan op grond van [artikel 50, eerste lid, onderdeel d](#), is vastgesteld;
 - e. anders dan op de wijze die overeenkomstig deze wet is vastgesteld.
- 2 Het is een zorgaanbieder verboden een tarief als bedoeld in het eerste lid, te betalen aan een andere zorgaanbieder of aan derden te vergoeden.
- 3 Het is een ziektekostenverzekeraar verboden een tarief als bedoeld in het eerste lid, te betalen of aan derden te vergoeden.
- 4 Een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar kunnen aan het aanbieden, overeenkomen of leveren van een prestatie als bedoeld in het eerste lid, onder c of d, dan wel aan het in rekening brengen, betalen of aan een derde vergoeden van een tarief als bedoeld in het eerste lid, geen rechten ontleen.
- 5 Het derde en vierde lid zijn van overeenkomstige toepassing op een verzekeraar in de zin van de [Wet op het financieel toezicht](#), voor zover niet begrepen onder [artikel 1, eerste lid, onder f, sub 3](#), van deze wet, op het orgaan van de woonplaats, op het orgaan van de verblijfplaats en op het bevoegd orgaan.
- 6 Indien de zorgautoriteit een regel heeft vastgesteld als bedoeld in [artikel 37, eerste lid](#), is het een zorgaanbieder als bedoeld in het vierde lid van dat artikel, die de betalingen uit in rekening gebrachte tarieven ontvangt, verboden:
 - a. meer over te dragen dan het bedrag dat bij of krachtens deze wet is bepaald;
 - b. af te wijken van de bij die regel gestelde voorwaarden, voorschriften en beperkingen.
- 7 Indien de zorgautoriteit bij de vaststelling van een tarief als bedoeld in [artikel 50, eerste lid, onderdelen a, b of c](#), op grond van het tweede lid van dat artikel een grens heeft vastgesteld, is het een zorgaanbieder verboden:
 - a. met de som van de tarieven voor de betrokken prestaties gerelateerd aan de daarbij aangegeven periode van die grens af te wijken;
 - b. af te wijken van de aan de grens verbonden voorschriften of beperkingen.

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan heeft u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 29).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan de huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Dit geldt ook voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek). Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 12. Gecombineerde leefstijlinterventie

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Een GLI is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. U kunt voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas.

Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 13. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntstelsel en casemanagement. U kunt recht hebben op professionele zorgopvolging als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen).

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderdagverblijf. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook is bij deze kinderen sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

U heeft alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5 of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinderverpleegkundige, niveau 5 of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U heeft hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

De huisarts of medisch specialist beoordeelt of er sprake is van palliatief terminale zorg. Palliatief terminale zorg is zorg in de laatste levensfase. De levensverwachting is dan niet langer dan 3 maanden.

Artikel 14. Verloskundige zorg en kraamzorg

14.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg (kinderwensconsult)
Als u een kindwens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11 punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- Counseling
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek).
- De combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft. U heeft ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking. U heeft recht op invasieve diagnostiek (vlokkentest of