

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(H.A.J. Kroon, drs. J.W. Heringa en J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202302003

Partijen

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

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat zij geen fraude heeft gepleegd, de gebeurtenis niet mag worden ingeschreven in de Gebeurtenissenadministratie, haar persoonsgegevens niet mogen worden opgenomen in het Intern Verwijzingsregister, het Incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister, zij het gevorderde bedrag en de onderzoekskosten niet verschuldigd is, en zij de door haar gemaakte vervoerskosten in de periode van 5 maart 2020 tot 1 juli 2023 alsnog ter declaratie mag indienen.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude, hetgeen de door hem opgelegde maatregelen rechtvaardigt. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat een significant verschil tussen enerzijds de door verzoekster gedeclareerde ritten en anderzijds de door de zorginstellingen gedeclareerde zorgkosten en zorgactiviteiten. De ziektekostenverzekeraar heeft de door hem opgelegde maatregelen onderbouwd.

- 1.2. De commissie overweegt dat uit de declaratieformulieren voor vervoerskosten naar onder andere het Radboud UMC, het Nij Smellinghe Ziekenhuis en het Bernhoven Ziekenhuis en de overgelegde afsprakenkaarten van genoemde zorginstellingen kan worden opgemaakt dat op dagen dat geen afspraken en/of behandelingen bekend waren bij deze zorginstellingen, desondanks door verzoekster vervoerskosten zijn gedeclareerd. Daartoe in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster hiervoor geen afdoende verklaring gegeven. Naar het oordeel van de commissie is sprake van het opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden en daarmee van fraude zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar was om die reden gerechtigd het door hem ter zake uitgekeerde bedrag van totaal € 14.571,65 terug te vorderen. De andere door de ziektekostenverzekeraar opgelegde maatregelen, te weten het inschrijven van de gebeurtenis in de Gebeurtenissenadministratie, het opnemen van de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers, het beëindigen van haar verzekeringen, en het op haar verhalen van de gemaakte onderzoekskosten voldoen aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. Over het declareren van de gemaakte vervoerskosten in de periode van 5 maart 2020 tot 1 juli 2023 bestaat inmiddels tussen partijen geen geschil meer. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het verzoekster vrij staat het openstaande deel van het eigen risico dat onderdeel uitmaakt van de volledige vordering, te voldoen. De commissie wijst het verzoek af.

- 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 brief van 10 januari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 6 maart 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 19 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 19 april 2024, aan verzoekster gestuurd. Op 23 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullend stuk aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 24 april 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juli 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was van 1 januari 2011 tot 1 juli 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend WENB-WWb*** en Aanvullend Tand** (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in de periode van 1 januari 2015 tot en met 1 maart 2020 bij de ziektekostenverzekeraar declaraties ingediend voor zittend ziekenvervoer. Het gaat hierbij om vervoer per eigen auto.
- 3.3. In zijn brief van 5 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij een onderzoek is gestart naar de declaraties voor zittend ziekenvervoer die door haar zijn ingediend in het jaar 2018. In verband hiermee heeft hij verzoekster gevraagd om aanvullende informatie. Nadat een reactie uitbleef, heeft de ziektekostenverzekeraar op 2 april 2020 een herinnering gestuurd. Bij brief van 10 april 2020 heeft verzoekster hierop gereageerd.
- 3.4. Bij brief van 15 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij een onderzoek is gestart naar de door haar ingediende declaraties van zittend ziekenvervoer over de periode van 1 januari 2015 tot en met 1 maart 2020. Met haar brief van 18 november 2021 heeft verzoekster hierop gereageerd. In zijn brief van 11 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn voorlopige bevindingen met verzoekster gedeeld. Ook op 3 februari 2023 en 29 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster brieven gestuurd. Bij e-mailbericht van 2 mei 2023 heeft verzoekster hierop gereageerd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 juni 2023 aan verzoekster meegedeeld dat hij tot de conclusie is gekomen dat zij fraude heeft gepleegd door in de periode van 1 januari 2015 tot en met 1 maart 2020 opzettelijk valse declaraties in te dienen voor zittend ziekenvervoer per eigen auto. In dat verband zijn de volgende maatregelen aan verzoekster opgelegd:
- het ter zake aan haar uitgekeerde bedrag van totaal € 14.571,65 wordt bij verzoekster teruggevorderd;
 - de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster worden met ingang van 1 juli 2023 beëindigd;
 - de gebeurtenis wordt ingeschreven in de Gebeurtenissenadministratie tot 2 juni 2031;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Intern Verwijzingsregister tot 2 juni 2031;

- de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Incidentenregister tot 29 maart 2031;
- de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Extern Verwijzingsregister tot 2 juni 2027;
- de onderzoekskosten ten bedrage van € 517,50 worden op verzoekster verhaald.

3.6. Bij e-mailbericht van 8 juni 2023 heeft verzoekster hierop gereageerd. In zijn e-mailbericht van 14 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoekster

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij geen fraude heeft gepleegd, de gebeurtenis niet mag worden ingeschreven in de Gebeurtenissenadministratie, haar persoonsgegevens niet mogen worden opgenomen in het Intern Verwijzingsregister, het Incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister, zij het gevorderde bedrag en de onderzoekskosten niet verschuldigd is, en dat zij de door haar gemaakte vervoerskosten in de periode van 5 maart 2020 tot 1 juli 2023 alsnog ter declaratie mag indienen.

4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij brief van 30 januari 2024 haar ziektebeeld toegelicht. Zij heeft de afgelopen jaren zorg gehad van verschillende ziekenhuizen en zorginstellingen. In verband hiermee heeft verzoekster kilometervergoedingen gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

Verzoekster betwist dat sprake is geweest van fraude. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar op geen enkele wijze bewust willen misleiden. Door de ziektekostenverzekeraar is niet aangetoond dat zij fraude heeft gepleegd. Voor de opgelegde maatregelen zou een grond moeten bestaan, maar deze ontbreekt. Verzoekster heeft naar eer en geweten de ritten gedeclareerd. Zij is niet in staat om voor alle afspraken een afsprakenkaart te kunnen overleggen. De door verzoekster ingediende declaraties zijn aanvankelijk allemaal door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Zij mocht er dan ook op vertrouwen dat was voldaan aan de geldende eisen voor het verkrijgen van een vergoeding voor het ziekenvervoer per eigen auto. Mocht de ziektekostenverzekeraar van oordeel zijn dat bepaalde declaraties onterecht waren - quod non - dan had het op zijn weg gelegen om verzoekster daarmee direct te confronteren en de declaraties niet te vergoeden. Hierbij heeft verzoekster gesteld dat zij zo nodig contact heeft gezocht met de vervoerscoach van de ziektekostenverzekeraar over bepaalde declaraties.

Ten aanzien van het terugvorderen van vergoedingen die betrekking hebben op de declaraties van vóór 15 oktober 2016 doet verzoekster een beroep op verjaring.

Verzoekster heeft nog opgemerkt dat zij vanaf 5 maart 2020 geen vervoerskosten meer heeft gedeclareerd, terwijl zij deze wel heeft gemaakt.

4.3. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 2 mei 2023 verklaard dat zij niet beschikt over nadere informatie met betrekking tot de vervoerskosten. Verzoekster kreeg COVID-19 in de eerste golf. Destijds werd aangeraden om de hele woning te ontsmetten. Veel administratie is toen weggegooid met het oog op het herstel van verzoekster. Haar mobiele telefoon is stuk gegaan en omdat zij haar werk verloor, moest zij haar laptop inleveren. Daarna hielp de partner van verzoekster met de administratie. Vanwege haar gezondheid heeft verzoekster voor haar administratie veel hulp gevraagd bij de gemeente en bij vrienden. Zij heeft in haar leven verschillende medische aandoeningen gekregen, die op haar ook hun mentale weerslag hebben gehad. Zij is door diepe dalen gegaan en nog steeds is het voor haar niet makkelijk. Financieel heeft verzoekster het ook lastig.

Volgens verzoekster heeft zij weleens afspraken gehad bij zorgaanbieders, waarbij niet alles in één keer lukte. Zij moest dan terugkomen of naar een andere locatie gaan voor de zorg. In sommige gevallen moest verzoekster voor een behandeling wel tien keer terugkomen. Het ging dan bijvoorbeeld om het maken van een foto, prikken, oefeningen, een scan of echo. Het kwam ook voor dat verzoekster ziek werd en moest stoppen met de behandeling. Later moest zij dan terugkomen.

Verzoekster heeft herhaald dat zij alle behandelingen heeft besproken met de vervoersafdeling van de ziektekostenverzekeraar. Op enig moment mocht verzoekster niet meer rijden van de oogarts. Zij heeft dit toen voorgelegd aan de vervoersafdeling en daar werd haar verteld dat zij op grond van die medische aandoening zittend ziekenvervoer kon declareren. Verzoekster stelt dat zij erop mocht vertrouwen dat deze uitspraken juist waren. Verzoekster kan en mag immers niet zelfstandig rechtstreeks vervoerskosten declareren. Dat gebeurde telkens via een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Bovendien is verzoekster erg ziek. Daarom kan van haar niet worden verwacht dat zij op de hoogte is van alle geldende regels. Na controle door de vervoersafdeling van de ziektekostenverzekeraar werd haar steeds verteld dat de declaraties juist waren.

Het medisch dossier van verzoekster is intussen kwijtgeraakt in een lopende procedure tegen het UWV.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar medische geschiedenis toegelicht. De ziektekostenverzekeraar is op de hoogte gesteld van de lastige situatie waarin zij zich bevond. Verzoekster heeft veel afspraken gehad bij zorgaanbieders die niet zijn vermeld op afsprakenkaarten of zijn gedeclareerd. Deze bezoeken hadden altijd een grondslag. Hiervoor nam zij van tevoren contact op met de zorgaanbieder. Verzoekster heeft erop vertrouwd dat de zorg die zij kreeg, werd vergoed vanuit de zorgverzekering.

Verzoekster komt documenten tekort om haar standpunt verder te onderbouwen. Het is voor een ieder lastig om informatie terug te halen van vijf jaar geleden, maar dit geldt, gelet op haar situatie, met name voor verzoekster. Verzoekster heeft geprobeerd om afsprakenkaarten op te vragen, maar veel instanties zijn haar dossier kwijtgeraakt. Bij sommige instanties is de administratie niet op orde. Dit geldt bijvoorbeeld voor de administratie van de dermatoloog. Toen verzoekster Longcovid kreeg, is haar huis door anderen opgeruimd. Ook is haar laptop verdwenen. De ziektekostenverzekeraar beschikt over de benodigde informatie. Hij ontvangt afsprakenkaarten van zorgaanbieders. De zorg wordt immers bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Uit de declaraties van de zorgactiviteiten kan worden opgemaakt of hier een afspraak en rit tegenover stond.

Vanwege de complexe situatie heeft verzoekster regelmatig contact gehad met de vervoerscoach van de ziektekostenverzekeraar. Met de vervoerscoach heeft zij uitgebreide gesprekken gevoerd, bijvoorbeeld over welke kosten werden vergoed vanuit de zorgverzekering en welke uit de aanvullende ziektekostenverzekering. Toen het zicht van verzoekster minder werd en zij niet meer mocht rijden, heeft zij contact gehad met de vervoerscoach en een machtiging gekregen. Zij heeft ook weleens een machtiging gekregen vanwege rolstoelgebondenheid. Als er iets mis was met een declaratie, werd verzoekster hierop gewezen door de vervoerscoach.

Het proces is stroperig verlopen. Uiteindelijk is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat sprake is van verzekeringsfraude. Echter, verzoekster heeft altijd in goed vertrouwen gehandeld. Uit het dossier blijkt niet dat verzoekster opzettelijk valse declaraties heeft ingediend. Dit is door de ziektekostenverzekeraar nooit aangetoond.

Volgens verzoekster is een deel van de vordering verjaard. Zij heeft verklaard dat de eerste brief van de ziektekostenverzekeraar dateert van 2 april 2020, maar dat de ziektekostenverzekeraar uitkeringen terugvordert vanaf 1 januari 2015.

Verzoekster heeft nog opgemerkt dat een deel van het eigen risico nog open staat. Dit bedrag wil verzoekster graag betalen, maar maakt onderdeel uit van de totale vordering.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude, hetgeen de door hem opgelegde maatregelen rechtvaardigt.
- 5.2. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brief van 19 april 2024 toegelicht dat verzoekster in de periode van 1 januari 2015 tot en met 1 maart 2020 in het bezit was van een machtiging voor vervoer naar verschillende zorginstellingen, namelijk naar het Bernhoven Ziekenhuis, het Blixembosch, het Catharina Ziekenhuis Eindhoven, het Elkerliek Ziekenhuis Helmond, het Nij Smellinghe Ziekenhuis, het Radboud UMC en het St. Anna Ziekenhuis. In deze periode heeft

verzoekster ook declaraties voor de ritten naar en van deze zorginstellingen ingediend. Op de declaratieformulieren heeft zij bevestigd deze naar waarheid te hebben ingevuld en te weten dat een declaratie ongeldig kan worden verklaard door een onjuiste/onvolledige invulling.

Het declaratiegedrag van verzoekster is de ziektekostenverzekeraar opgevallen. De kosten waren hoog en de gedeclareerde ritten leken niet te corresponderen met de declaraties van de zorgaanbieders. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster meerdere malen gevraagd om de afsprakenkaarten van de verschillende zorginstellingen over te leggen. Omdat hij van verzoekster geen afsprakenkaarten ontving, heeft de ziektekostenverzekeraar deze zelf opgevraagd bij de betreffende zorginstellingen. Van het Bernhoven Ziekenhuis, het Nij Smellinghe Ziekenhuis en het Radboud UMC heeft hij vervolgens afsprakenkaarten ontvangen.

Uit het door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde onderzoek blijkt dat een significant verschil bestaat tussen enerzijds de gedeclareerde ritten en anderzijds de door de zorginstellingen gedeclareerde zorgkosten en zorgactiviteiten. Verzoekster heeft over de periode van 1 januari 2015 tot en met 1 maart 2020 852 retourritten gedeclareerd, terwijl daar slechts 141 afspraken of zorgactiviteiten tegenover staan. Verzoekster heeft geen plausibele verklaring kunnen geven voor dit verschil.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat de door verzoekster ingediende declaraties valselijk zijn opgemaakt en zijn gebruikt om in aanmerking te komen voor een uitkering van de ziektekostenverzekeraar waarop geen recht bestond. Hierbij is sprake van opzettelijk handelen. De ziektekostenverzekeraar leidt het opzettelijk handelen van verzoekster af uit het grote verschil tussen de gedeclareerde ritten en de bevestigde afspraken of zorgactiviteiten. Hij heeft toegelicht dat verzoekster in de periode van 1 januari 2015 tot en met 1 maart 2020 28 ritten naar het Radboud UMC heeft gedeclareerd, terwijl daar in die periode geen behandelingen hebben plaatsgevonden. In de onderzoeksperiode heeft zij 13 retourritten naar het Bernhoven Ziekenhuis gedeclareerd, terwijl deze zorginstelling slechts twee afspraken of behandelingen heeft bevestigd. Voor vervoer naar zorginstelling het Blixembosch (Libra Revalidatie & Audiologie) heeft verzoekster 89 retourritten gedeclareerd, terwijl er bij de ziektekostenverzekeraar 69 afspraken of behandelingen staan geregistreerd. Verzoekster heeft 298 retourritten naar het Catharina Ziekenhuis Eindhoven gedeclareerd, terwijl daar zeventien afspraken of behandelingen bekend zijn. In de onderzoeksperiode heeft verzoekster 281 retourritten naar het Elkerliek Ziekenhuis Helmond gedeclareerd, terwijl er bij de ziektekostenverzekeraar 39 afspraken of behandelingen staan geregistreerd. Voor vervoer naar het Nij Smellinghe Ziekenhuis heeft verzoekster 54 retourritten gedeclareerd, terwijl deze zorginstelling slechts twee afspraken of behandelingen heeft bevestigd. Tot slot heeft verzoekster voor vervoer naar het St. Anna Ziekenhuis 74 retourritten gedeclareerd, terwijl er bij de ziektekostenverzekeraar tien afspraken of behandelingen staan geregistreerd.

Voor deze opvallende discrepanties heeft verzoekster, als gezegd, geen plausibele en afdoende verklaring gegeven. De ziektekostenverzekeraar merkt in dit verband op dat ook onderzoeken of behandelingen waarvoor een patiënt moet terugkomen altijd worden vermeld in de afsprakenkaarten. Het dienaangaande door verzoekster gestelde betwist de ziektekostenverzekeraar dan ook uitdrukkelijk.

Op grond van het bovenstaande kan de ziektekostenverzekeraar niet anders concluderen dan dat hier geen sprake kan zijn van een vergissing of misverstand, maar dat verzoekster opzettelijk onjuiste declaraties heeft ingediend, met als doel in aanmerking te komen voor een uitkering waarop geen recht bestaat.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat verzoekster onvolledig heeft meegewerkt aan het fraudeonderzoek. Tot op heden heeft zij nagelaten de benodigde afsprakenkaarten aan te leveren. Voor zover verzoekster stelt daar zelf, door persoonlijke omstandigheden, niet toe in staat te zijn, had het op haar weg gelegen om daarbij de hulp van haar rechtsbijstandverlener in te schakelen.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar rekent het verzoekster zwaar aan dat zij voor een aanzienlijk bedrag heeft gefraudeerd, dat zij dit op stelselmatige wijze over een langere periode heeft gedaan, en dat zij onvolledig heeft meegewerkt aan het fraudeonderzoek. Hij heeft daarom, op grond van de artikelen 20.2 en 20.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering, verschillende maatregelen opgelegd.

- 5.4. Ten aanzien van de terugvordering heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de kosten in eerste instantie inderdaad zijn goedgekeurd en uitbetaald. Achteraf is echter geconstateerd dat sprake is van aangetoonde fraude, en daarmee vervalt alle aanspraak op en/of het recht op vergoeding van kosten van zorg uit de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel 7:941, vijfde lid, Burgerlijk Wetboek en artikel 20.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Nu verzoekster de declaratieformulieren niet naar waarheid heeft ingevuld en ingediend, mocht zij er niet op vertrouwen dat zij voldeed aan de vereisten voor het verkrijgen van vergoeding voor ziekenvervoer per eigen auto.
Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar gevorderde onderzoekskosten geldt dat hij hiervan een specificatie heeft overgelegd.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij is aangesloten bij het Protocol Incidenten- waarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI). Daarnaast houdt hij een Incidentenregister bij, waarin incidenten worden omschreven met vermelding van de persoonsgegevens van de betrokkene(n). Alleen medewerkers van de afdeling Speciale Zaken van de ziektekostenverzekeraar hebben toegang tot dit systeem en pas na een zorgvuldige belangenafweging kunnen betrokkenen worden opgenomen in het Incidentenregister. Voor opname in het Incidentenregister is (uitsluitend) vereist dat sprake is van een incident. Blijkens artikel 2 van het PIFI wordt daaronder verstaan: *“een gebeurtenis die als gevolg heeft, zou kunnen hebben of heeft gehad dat de belangen, integriteit of veiligheid van de cliënten of medewerkers van een Financiële Instelling, de Financiële Instelling zelf of de financiële sector als geheel in het geding zijn of kunnen zijn, zoals het falsificeren van nota's, identiteitsfraude, skimming, verduistering in dienstbetrekking, phishing en opzettelijke misleiding.”* Volgens de ziektekostenverzekeraar is in de situatie van verzoekster sprake van een incident als bedoeld in het PIFI, omdat: (a) verzoekster bij hem declaraties heeft ingediend voor vervoer naar zorg, welke zorg in werkelijkheid niet is geleverd. Dat kwalificeert als valsheid in geschrifte. Zij heeft op basis van die declaraties een vergoeding gevraagd en ontvangen, waarop zij geen recht had. Dat kwalificeert als oplichting, terwijl (b) gezien het grote verschil tussen de declaraties en de daadwerkelijk geleverde zorg kan hier niet worden gesproken van een administratieve ommissie. De ziektekostenverzekeraar kan dan ook niet anders concluderen dan dat verzoekster willens en wetens vervoer naar zorg heeft gedeclareerd, terwijl zij wist dat die zorg niet had plaatsgevonden. De registratie van haar persoonsgegevens in het Incidentenregister is dus gerechtvaardigd. De ziektekostenverzekeraar kan daarnaast besluiten om andere aangesloten financiële instellingen te waarschuwen door de persoonsgegevens van de persoon die bij het incident was betrokken, op te nemen in het Externe Verwijzingsregister, een systeem waartoe alle bij het PIFI aangesloten instellingen toegang hebben. Ook hiervoor geldt dat een zorgvuldige belangenafweging wordt gemaakt. Medewerkers van andere financiële instellingen kunnen daardoor achterhalen of er over een persoon een melding is opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident bij hem opvragen. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet alleen de ziektekostenverzekeraar, maar ook andere financiële instellingen hun diensten aan betrokkene kunnen weigeren. Beide registers hebben dus (een zekere) externe werking, waarbij geldt dat opname in het Incidentenregister minder vérstrekkend is dan een melding in het Externe Verwijzingsregister. Voor opname in het Externe Verwijzingsregister gelden de navolgende criteria: *de gedraging(en) van de (rechts)persoon vormden, vormen of kunnen een bedreiging vormen voor (i) de (financiële) belangen van cliënten en/of medewerkers van een Financiële instelling, alsmede de (Organisatie van de) Financiële instelling(en) zelf of (ii) de continuïteit en/of de integriteit van de financiële sector; in voldoende mate staat vast dat de betreffende (rechts)persoon betrokken is bij de onder a bedoelde gedraging(en). Deze vaststelling betekent dat van strafbare feiten in principe aangifte of klacht wordt gedaan bij een opsporingsambtenaar; het proportionaliteitsbeginsel wordt in acht genomen. Dit houdt in dat Veiligheidszaken vaststelt, dat het belang van opname in het Externe Verwijzingsregister prevaleert boven de mogelijk nadelige gevolgen voor de Betrokkene als gevolg van opname van zijn Persoonsgegevens in het Extern Verwijzingsregister.”*
De Hoge Raad heeft in het arrest van 25 mei 2009 (ECLI:NL:HR:2009:BH4720) als voorwaarde gesteld dat de vastgestelde gedragingen een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden

van schuld dienen op te leveren, in die zin dat de te verwerken strafrechtelijke persoonsgegevens in voldoende mate moeten vaststaan.

Met betrekking hiertoe geldt dat verzoekster structureel en voor een aanzienlijk bedrag heeft gefraudeerd en dat zij onvolledig heeft meegewerkt aan het fraudeonderzoek. Verzoekster heeft erkend de declaraties te hebben ingediend en zij heeft in de declaratieformulieren verklaard deze naar waarheid te hebben ingevuld, terwijl aantoonbaar is gebleken dat de gedeclareerde ritten geen verband hielden met een zorgbehandeling. Deze gedragingen van verzoekster vormen een bedreiging voor zowel de ziektekostenverzekeraar als de financiële sector als geheel. Dit brengt mee dat aan de vereisten voor registratie in het Externe Verwijzingsregister zoals genoemd in artikel 5.2.1, onder a en b, PIFI is voldaan. Daarnaast is er sprake van een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan het verstrekken van valse gegevens zoals bedoeld in artikel 227a van het Wetboek van Strafrecht (Sr) en/of poging tot oplichting zoals bedoeld in artikel 326 Sr.

Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet de registratie in het Externe Verwijzingsregister aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. Het doel van de registratie is om andere financiële instellingen erop te attenderen dat er in het verleden met betrekking tot de consument iets aan de hand is geweest op het gebied van verzekeringsfraude. Dat doel is in dit geval niet met een minder zwaar middel te bereiken dan met een vermelding in het Externe Verwijzingsregister. Verder is het proportioneel dat de gegevens van verzoekster in het Externe Verwijzingsregister zijn opgenomen. Zij heeft zich immers schuldig gemaakt aan verzekeringsfraude en andere financiële instellingen moeten daartegen worden beschermd. Gezien de omvang en het structurele karakter van de fraude, en de omstandigheid dat verzoekster onvolledig heeft meegewerkt aan het fraudeonderzoek, is het tevens proportioneel dat zij hiervan voor de duur van vier jaren hinder ondervindt. De registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het Externe Verwijzingsregister is dus gerechtvaardigd.

Ook de registratie in het Incidentenregister voldoet aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. Het doel van deze registratie is het ondersteunen van activiteiten gericht op het waarborgen van de veiligheid en de integriteit van de financiële sector. Opname van persoonsgegevens in het Incidentenregister maakt het mogelijk om deze op een met waarborgen van privacy omgeven wijze te delen met andere financiële instellingen. Dat doel is niet met een minder zwaar middel te bereiken.

Door de registratie in het Externe Verwijzingsregister worden financiële instellingen vier jaar lang actief op de hoogte gebracht van het incident, waardoor de sector pro-actief wordt beschermd tegen integriteitsrisico's.

Het is echter van belang dat ook na deze termijn de financiële sector en andere instellingen kunnen worden geïnformeerd en/of beschermd tegen integriteitsrisico's/criminele activiteiten door desgevraagd informatie te delen. Personen die misbruik maken van het financiële stelsel beperken hun activiteiten zelden tot één instelling. Er bestaat risico op herhaling bij andere instellingen. Indien zich een incident voordoet bij een andere, bij het PIFI aangesloten instelling én deze instelling ziet zelf aanleiding om de ziektekostenverzekeraar daarover te bevragen (het Externe Verwijzingsregister geeft daartoe immers geen aanleiding meer), maakt de registratie in het Incidentenregister het mogelijk om conform het PIFI informatie te delen over het eerdere incident.

De impact van de registratie van de gegevens in het Incidentenregister is voor verzoekster relatief beperkt. Er kunnen pas gegevens worden gedeeld als zich een ander incident voordoet bij een derde partij, en die derde partij voldoende aanleiding ziet om de ziektekostenverzekeraar daarover te bevragen. Gezien de dreiging, die de gedragingen van verzoekster vormt voor de financiële sector en de relatief beperkte impact voor verzekerde, acht de ziektekostenverzekeraar een registratie in het Incidentenregister voor de duur van acht jaren proportioneel.

- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat hij naast een klantadministratie, waarin klantgegevens worden vastgelegd, een Gebeurtenissenadministratie heeft, waarin gebeurtenissen worden ingeschreven die van belang zijn voor zijn veiligheid en integriteit. De vastgelegde 'gebeurtenissen' zijn gegevens van feitelijke aard met een uiteenlopend karakter, variërend van klachten van verzekerden tot screeningsverzoeken en gegevens over gepleegde fraude. De Gebeurtenissenadministratie is alleen te raadplegen door medewerkers van de afdeling Speciale

Zaken, niet door andere medewerkers, en evenmin door medewerkers van een andere financiële instelling.

De afdeling Speciale Zaken beslist na een belangenafweging of de gegevens in de Gebeurtenissenadministratie leiden tot een vermelding in het Interne Verwijzingsregister van de ziektekostenverzekeraar. Het Interne Verwijzingsregister fungeert als intern waarschuwingssysteem voor veiligheidsrisico's. Een dergelijke registratie is uitsluitend zichtbaar voor medewerkers van de Achmea-groep, op basis van het principe 'hit/no hit'. De medewerkers die het register raadplegen krijgen de reden van de registratie niet te zien, maar dienen bij een melding contact op te nemen met afdeling Speciale Zaken, die adviseert over de te nemen beslissing.

De Gebeurtenissenadministratie en het Interne Verwijzingsregister vormen het interne waarschuwingssysteem van de ziektekostenverzekeraar en de groep waarvan hij deel uitmaakt. Op de opname in deze registers zijn de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming (UAVG) van toepassing. Hiervóór is vastgesteld dat tegen verzoekster een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan strafbare feiten bestaat. Een vaststelling die, op grond van artikel 33, tweede lid, onderdeel b, UAVG ook voldoende is om de registratie in de interne registers te handhaven. De ziektekostenverzekeraar acht voor deze registraties de duur van acht jaren proportioneel. Voorop staat hierbij dat de registraties in het Interne Verwijzingsregister en de Gebeurtenissenadministratie zuiver intern zijn. De registraties hebben tot gevolg dat de consument niet langer gebruik kan maken van de diensten van de Achmea-groep. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster een bijzonder belang heeft bij een financiële relatie met de Achmea-groep. Omdat financiële instellingen die geen deel uitmaken van deze groep geen toegang hebben tot het Interne Verwijzingsregister en de Gebeurtenissenadministratie, wordt zij, na afloop van de registratie in het Externe Verwijzingsregister, niet belemmerd in haar mogelijkheden om met een andere financiële instelling een financiële relatie aan te gaan. De Gebeurtenissenadministratie fungeert bovendien als het 'geheugen' van de ziektekostenverzekeraar en aan opname van die gegevens zijn op zichzelf nog geen directe gevolgen voor verzoekster verbonden.

- 5.7. Verzoekster heeft verklaard dat zij vanwege het onderzoek vanaf maart 2020 geen vervoerskosten meer heeft gedeclareerd, terwijl deze kosten wel zijn gemaakt. Als verzoekster de declaraties over de periode 1 maart 2020 tot 1 juli 2023 alsnog onderbouwd met afsprakenkaarten indient, zal de ziektekostenverzekeraar deze declaraties in behandeling nemen. Hierbij heeft hij verwezen naar de termijnen voor het indienen van declaraties die zijn opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarnaast zullen eventuele vergoedingen worden verrekend met de openstaande terugvordering.
- 5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij informatie heeft ontvangen van drie van de zeven zorgaanbieders. Verzoekster heeft 852 ritten gedeclareerd, terwijl hier aantoonbaar maar 114 afspraken tegenover kunnen worden gezet. Gelet op het significante verschil tussen de bekende afspraken en declaraties, de overgelegde afsprakenkaarten en de niet plausibele verklaring van verzoekster, is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat sprake is van opzet tot misleiding.
- De ziektekostenverzekeraar heeft bestreden dat het voor verzoekster onmogelijk is om de gevraagde informatie te overleggen. Zelf loopt hij tegen het probleem aan dat sommige zorgaanbieders zich beroepen op de AVG en de gevraagde informatie alleen met patiënten willen delen. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrip heeft voor de situatie van verzoekster is er inmiddels veel tijd verstreken. Ook is een gemachtigde ingeschakeld. Het is onbegrijpelijk dat de gevraagde afsprakenkaarten tot op heden niet zijn overgelegd. Op het moment dat een zorginstelling het medisch dossier van verzoekster kwijt is, ontvangt de ziektekostenverzekeraar hier een bevestiging van.
- Het is aan verzoekster om aan te tonen welke ritten daadwerkelijk zijn gemaakt. Aan de hand van de declaratie van een zorgactiviteit kan de ziektekostenverzekeraar niet zien of het ook gaat om zorg waarvan de vervoerskosten voor vergoeding in aanmerking komen. Verder geldt dat uit de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat geen recht bestaat op vergoeding van vervoer als de zorg waarnaar wordt gereisd niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering.

De eerste fase van het proces is niet netjes verlopen. Hiervoor heeft de ziektekostenverzekeraar excuses aangeboden. Vanaf het moment dat de fraudeafdeling het onderzoek heeft overgenomen, is contact geweest met de gemachtigde. Vanaf dat moment is de vertraging niet aan de ziektekostenverzekeraar te wijten. Namens verzoekster is herhaaldelijk om uitstel gevraagd. Alle uitgekeerde vervoerskosten worden door de ziektekostenverzekeraar teruggevorderd op grond van onverschuldigde betaling. Uit de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat het recht op alle vergoedingen vervalft als sprake is van fraude. Dit geldt ook voor de vergoedingen die wel terecht zijn geweest. Op basis van de informatie over gedeclareerde zorgactiviteiten kan de ziektekostenverzekeraar niet vaststellen of op dat moment ook een afspraak heeft plaatsgevonden en of hiermee vervoer was gemoeid. Het is daardoor lastig om te bepalen welke declaraties juist zijn.

Van de rol die de vervoerscoach volgens verzoekster zou vervullen, kan de ziektekostenverzekeraar zich weinig voorstellen. Dit blijkt ook niet uit het dossier. Een vervoerscoach is niet aanwezig bij de afspraken en weet dus ook niet of deze hebben plaatsgevonden. De functie van de vervoerscoach is om vragen over machtigingen en vervoer te beantwoorden. De vervoerscoach heeft geen controlefunctie.

Ten aanzien van de verjaring heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat een vordering vijf jaar nadat deze bekend is geworden verjaart. Pas op het moment dat hij heeft kunnen vaststellen dat sprake was van fraude, is de vordering bekend geworden. Vanaf dat moment begint de verjaringstermijn te lopen. De stelling dat de verjaringstermijn op 2 april 2020 begint te lopen, wordt bestreden. Het gaat om het moment waarop een vordering uit onverschuldigde betaling wordt geconstateerd. Zelfs al zou 2 april 2020 het moment zijn waarop de ziektekostenverzekeraar heeft geconstateerd dat sprake is van onverschuldigde betaling, dan verjaart, anders dan verzoekster meent, de vordering pas op zijn vroegst 2 april 2025.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie stelt vast dat volgens de ziektekostenverzekeraar sprake is geweest van fraude. Om die reden heeft hij het door hem uitgekeerde bedrag van totaal € 14.571,65 voor kosten van zittend ziekenvervoer van verzoekster teruggevorderd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal maatregelen tegen verzoekster getroffen, namelijk het opnemen van de gebeurtenis onderscheidenlijk de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers, het beëindigen van haar verzekeringen, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten. De commissie zal eerst beoordelen of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de terugvordering en de door de ziektekostenverzekeraar getroffen maatregelen.
- 7.3. De commissie overweegt dat op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW het recht op uitkering vervalft als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van dit 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 mogelijke sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in de Gebeurtenissenadministratie, opname van de persoonsgegevens in het Incidentenregister, het Interne Verwijzingsregister (IVR) en het Externe Verwijzingsregister (EVR), 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 gemotiveerde betwisting door de wederpartij moet de verzekeraar zijn stellingen bewijzen.

- 7.4. Het voorgaande is (in vergelijkbare zin) in de voorwaarden van de zorgverzekering verwoord in artikel A.20. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor de beoordeling is het volgende van belang.
- 7.5. Verzoekster heeft in de periode van 1 januari 2015 tot en met 1 maart 2020 kosten van zittend ziekenvervoer naar verschillende zorginstellingen gedeclareerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft zij dit ten onrechte gedaan, omdat ritten zijn gedeclareerd op dagen dat bij de betreffende zorginstellingen aan verzoekster geen zorg is verleend. De ziektekostenverzekeraar baseert zich hierbij op de door verzoekster ingediende declaratieformulieren, de door hem bij de zorginstellingen opgevraagde afsprakenkaarten en de door de zorginstellingen bij hem gedeclareerde zorgkosten en zorgactiviteiten. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar in zijn conclusie, in zoverre dat naar het oordeel van de commissie uit de declaratieformulieren voor vervoerskosten naar en van het Radboud UMC, het Nij Smellinghe Ziekenhuis en Bernhoven Ziekenhuis en de overgelegde afsprakenkaarten van deze zorginstellingen kan worden opgemaakt dat op dagen dat geen afspraken en/of behandelingen bekend waren bij deze zorginstellingen, desondanks vervoerskosten zijn gedeclareerd. Het staat verder vast dat verzoekster de declaraties heeft ingediend en dat de uitkeringen aan haar hebben plaatsgevonden. Daartoe in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster aangevoerd dat zij de declaratieformulieren naar waarheid heeft ingevuld, dat zij in sommige gevallen vaker moest terugkomen bij de zorginstelling, en dat zij over de declaraties overleg heeft gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Wat hiervan ook zij, van dit alles heeft verzoekster geen enkele onderbouwing geleverd, hoewel dit - gelet op artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering - op haar weg lag. De suggestie dat verzoekster in bewijsnood zou verkeren omdat zij haar administratie heeft weggegooid en zij niet meer beschikt over haar telefoon en laptop, kan niet worden gevolgd. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is opgemerkt had verzoekster hetzij zelf hetzij met hulp van haar juridisch adviseur kunnen proberen de informatie op te vragen bij de betrokken zorginstellingen. Niet gebleken is dat dit is gebeurd. Anderzijds blijkt uit de stukken dat de ziektekostenverzekeraar heeft aangekondigd dat hij een fraudeonderzoek was gestart en heeft hij verzoekster bij herhaling in de gelegenheid gesteld stukken - met name afsprakenkaarten - over te leggen. Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW was verzoekster, als verzekeringnemer, verplicht binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen.
- 7.6. Gelet op het voorgaande neemt de commissie als vaststaand aan dat in de periode van 1 januari 2015 tot en met 1 maart 2020 door verzoekster in ieder geval ten onrechte kosten van zittend ziekenvervoer zijn gedeclareerd naar de zorginstellingen Radboud UMC, het Nij

Smellinghe Ziekenhuis en het Bernhoven Ziekenhuis. Naar het oordeel van de commissie is de ziektekostenverzekeraar aldus erin geslaagd concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet is gebleken. Dit betekent dat verzoekster de vooropgezette bedoeling heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Daartoe in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster deze conclusie niet gemotiveerd betwist zodat sprake is van fraude als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was het uitgekeerde bedrag terug te vorderen.

- 7.7. Ten aanzien van deze terugvordering geldt dat achteraf is gebleken dat vergoeding van de vervoerskosten zonder rechtsgrond heeft plaatsgevonden. Op grond van artikel 6:203 BW kan de ziektekostenverzekeraar hetgeen is uitgekeerd als onverschuldigd betaald van verzoekster terugvorderen. De stelling van verzoekster dat (een deel van) de vordering is verjaard op 2 april 2020, kan de commissie niet volgen. Artikel 3:309 BW bepaalt dat een rechtsvordering uit onverschuldigde betaling verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de schuldeiser zowel met het bestaan van zijn vordering als met de persoon van de ontvanger is bekend geworden en in ieder geval twintig jaren nadat de vordering is ontstaan. In dit geval is op 2 juni 2023 geconcludeerd dat verzoekster zich schuldig had gemaakt aan fraude. Sindsdien is de termijn van vijf jaren niet verstreken. Het beroep op verjaring voor zover het de declaraties betreft van vóór 15 oktober 2016 slaagt om die reden niet.
- 7.8. Nu sprake is van fraude zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering was de ziektekostenverzekeraar in beginsel ook gerechtigd de overige maatregelen tegen verzoekster te treffen, namelijk het opnemen van de gebeurtenis onderscheidenlijk de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers, het beëindigen van haar verzekeringen, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten. De stelling van verzoekster dat geen grondslag bestaat voor deze maatregelen wordt, gelet op hetgeen hiervoor overwogen, gepasseerd.
- 7.9. Met betrekking tot de registraties geldt dat deze moeten voldoen aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de opgelegde maatregelen dienen ter bescherming van zijn belangen en die van het financiële stelsel. Dat de opgelegde maatregelen daartoe dienstig zijn wordt door de commissie onderschreven. Aan het vereiste van subsidiariteit is derhalve voldaan. Een andere vraag is die naar de proportionaliteit van deze maatregelen.
- Met betrekking tot de opname in de diverse registraties, merkt de commissie allereerst op dat de ziektekostenverzekeraar de gebeurtenis heeft ingeschreven in de Gebeurtenissenadministratie en dat hij de persoonsgegevens van verzoeker heeft opgenomen in het IVR, het Incidentenregister en het EVR. Ten aanzien van de duur van de opname in de verschillende registraties overweegt de commissie als volgt.
- 7.10. Van de inschrijving van de gebeurtenis in de Gebeurtenissenadministratie en de opname van haar persoonsgegevens in het IVR van de rechtspersoon van de ziektekostenverzekeraar of het concern waartoe hij behoort, zal verzoekster, gelet op de interne werking daarvan, maar in beperkte mate hinder ondervinden, dat wil zeggen tenzij zij daar een financiële dienst wil afnemen. Specifiek voor de verzekering op grond van de Zvw geldt dat sprake is van acceptatieplicht.
- Verzoekster kan derhalve - indien zij althans Wlz-verzekerd is - bij een andere zorgverzekeraar, die niet behoort tot het concern van de ziektekostenverzekeraar, altijd een zorgverzekering afsluiten. Gelet op het voorgaande, en gegeven de ernst van de fraude en het gebrek aan medewerking van de van de kant van verzoekster aan het onderzoek hiernaar, acht de commissie de registratie van de gebeurtenis onderscheidenlijk van de persoonsgegevens van verzoekster in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR voor de duur van acht jaren proportioneel.
- De ziektekostenverzekeraar heeft de persoonsgegevens van verzoekster ook opgenomen in het Incidentenregister en het EVR, waarbij wél sprake is van een, al dan niet beperkte, externe werking. De commissie is van oordeel dat ook de duur van deze registraties voldoet aan het vereiste van proportionaliteit. Ook in dit verband geldt dat gelet op de ernst van de fraude en de houding van verzoekster in de onderzoeksfase - die zich laat kenmerken door gebrek aan

medewerking en het volharden in ontkenning, zonder dat door haar een plausibele verklaring voor het gebeurde kon worden gegeven - de registratie voor de opgelegde duur rechtvaardigt.

- 7.11. Met betrekking tot de hoogte van de onderzoekskosten is door de ziektekostenverzekeraar een onderbouwing geleverd, waarvan de juistheid door verzoekster niet gemotiveerd is betreden. De commissie ziet daarom geen aanleiding te bepalen dat de vordering ter zake dient te vervallen of moet worden gematigd.
Ten aanzien van de beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juli 2023 heeft verzoekster geen standpunt ingenomen, anders dan dat de ziektekostenverzekeraar hiertoe niet had mogen beslissen. De commissie ziet in die enkele stelling onder de gegeven omstandigheden geen aanleiding tot toewijzing van dit onderdeel van het verzoek.
- 7.12. Verzoekster heeft verder verzocht te bepalen dat zij de door haar gemaakte vervoerskosten in de periode van 5 maart 2020 tot 1 juli 2023 alsnog ter declaratie mag indienen. De commissie concludeert dat nu de ziektekostenverzekeraar zich in zijn brief van 19 april 2024 bereid heeft verklaard de declaraties ter zake in behandeling te nemen als deze onderbouwd met afsprakenkaarten worden ingediend, hierover tussen partijen geen geschil (meer) bestaat. Tijdens de procedure heeft verzoekster opgemerkt dat een deel van het eigen risico onderdeel uitmaakt van de volledige vordering. De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar in dit verband heeft verklaard dat het verzoekster vrij staat dit bedrag te voldoen.

Slotsom

- 7.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 augustus 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 3

Artikel 309

Een rechtsvordering uit onverschuldigde betaling verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de schuldeiser zowel met het bestaan van zijn vordering als met de persoon van de ontvanger is bekend geworden en in ieder geval twintig jaren nadat de vordering is ontstaan.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

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.

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.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Wat is fraude?

Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- a. onder valse voorwendselen;
- b. op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- a. een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- b. vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- c. een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- d. feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- c. u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

A.21 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Bewijs van diagnose

Diagnose die door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist is vastgesteld en in uw patiëntdossier is opgenomen. Indien u een bewijs van deze diagnose aan de paramedische zorgverlener kunt overleggen, is een verwijzing voor de behandeling niet meer nodig.

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.