



# ANONIEM BINDEND ADVIES

- Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep  
Zorgverzekeraar UA en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering  
Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg
- Zaak : Fraude, declaraties PGB vv, terugvordering, beëindiging zorgverzekering en  
aanvullende ziektekostenverzekering, registratie in interne incidentenregister, opname  
persoonsgegevens in Extern Verwijzingsregister, melding van dossier bij het Centrum  
Bestrijding Verzekeringsfraude, vordering onderzoekskosten, aangifte
- Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2015-2019, artt. 10 en 11 Zvw, voorwaarden aanvullende  
ziektekostenverzekering 2015-2019, artt. 6:95 jo. 6:96, 7:941 BW
- Zaaknummer : 202000505
- Zittingsdatum : 20 januari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 8 juni 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 oktober 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 oktober 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 januari 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was van 2015 tot en met 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top en Tandarts (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster is chronisch ziek en heeft Verpleging en Persoonlijke Verzorging nodig. Zij ontving hiervoor van de ziektekostenverzekeraar een PGB vv, waarmee zij zelf de door haar benodigde zorg kon inkopen. De facturen van de zorgaanbieder kon zij vervolgens ter declaratie indienen bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 augustus 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat haar declaraties waren overgedragen aan het Bureau Bijzonder Onderzoek. Deze afdeling zou een fraudeonderzoek uitvoeren naar de door verzoekster gedeclareerde nota's, waarbij zou worden getoetst of de nota's correct waren.

3.4. Op 31 augustus 2019 heeft de zoon van verzoekster, namens haar, aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat verzoekster zich van iedere beschuldiging van fraude distantieert.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 september 2019 kort gereageerd op de brief van de zoon van verzoekster van 31 augustus 2019. De ziektekostenverzekeraar schrijft dat hij in het kader van het onderzoek zijn bevindingen nog niet met verzoekster deelt en dat zij hierover op korte termijn wordt geïnformeerd.

- 3.6. De zoon van verzoekster heeft in zijn e-mailbericht van 16 september 2019 aan de ziektekostenverzekeraar het volgende meegedeeld:
- "(...) er is zorg gedeclareerd die niet daadwerkelijk is geleverd. Om hoeveel het precies gaat kan ik je niet vertellen, simpelweg omdat het niet is bijgehouden. Maar vanzelfsprekend zal jij of een collega de ingediende Pgb-facturen vergelijken met de administratie van de zorgaanbieder. Ik weet dat het verwerpelijk, immoreel en crimineel is: ik bedoel zorgfraude. Maar het is nu eenmaal gebeurd. Mijn moeder en ik hebben altijd geweten dat het zwaard van Damocles ons zagezegd boven het hoofd hing. Ik wacht wel af tot het moment komt waarop je een afspraak wil maken voor 'de confrontatie'."*
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 september 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat voornoemd onderzoek is afgerond. Uit het onderzoek is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat de meeste gedeclareerde nota's niet zijn herkend of opgemaakt door de zorgaanbieder. De nota's die wel door de zorgaanbieder zijn uitgeschreven, zijn aangepast. Er zijn in de jaren 2015 tot en met 2019 structureel valse nota's ter declaratie ingediend. Het totaalbedrag aan onterechte uitkering is € 37.205,--.
- Verzoekster is gevraagd een schriftelijke verklaring te geven met betrekking tot de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.8. De zoon van verzoekster heeft op 8 oktober 2019 schriftelijk gereageerd op de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft deze reactie mede ondertekend. Erkend wordt dat over meerdere jaren valse declaraties zijn ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Tevens is toegelicht dat sprake is van persoonlijke en verzachtende omstandigheden aan de zijde van verzoekster.
- 3.9. Op 2 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster per brief meegedeeld dat hij van mening is dat sprake is van fraude. In de periode 1 januari 2015 tot en met 31 augustus 2019 zijn bij de ziektekostenverzekeraar 49 valse declaraties ingediend van de zorgaanbieder voor een totaalbedrag van € 38.527,36. Deze declaraties zijn uitbetaald aan verzoekster.
- De ziektekostenverzekeraar neemt daarom de volgende maatregelen:
- de verleende vergoeding van € 38.527,36 wordt teruggevorderd;
  - de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster worden met ingang van 1 februari 2020 beëindigd;
  - verzoekster mag gedurende vijf jaren geen zorgverzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar of één van de andere zorgverzekeraars van het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort;
  - de onderzoekskosten van € 1.487,50 worden van verzoekster gevorderd;
  - de (persoons)gegevens van verzoekster worden opgenomen in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar.
  - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Extern Verwijzingsregister (EVR) voor de duur van acht jaren.
  - het dossier van verzoekster is gemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude (CBV) van het Verbond van Verzekeraars.
  - de ziektekostenverzekeraar doet aangifte tegen verzoekster bij de politie.
- 3.10. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 19 januari 2020 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Het is de commissie niet gebleken dat er een heroverweging heeft plaatsgevonden. Verzoekster heeft echter een klacht voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. In die procedure heeft de ziektekostenverzekeraar op 1 mei 2020 alsnog zijn eerdere beslissing heroverwogen en gehandhaafd.
- 3.11. Op 14 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij een correctie heeft uitgevoerd. Dit betekent dat verzoekster een bedrag van totaal € 37.205,-- vanwege onterechte uitkeringen aan de ziektekostenverzekeraar moet betalen. De overige maatregelen blijven in stand.

#### 4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) het fraudeonderzoek door de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig is geweest;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar geen uitkeringen van haar mag terugvorderen, dan wel dat de terugvordering ter zake moet worden gematigd;
- (iii) de gevorderde onderzoekskosten niet van haar mogen worden gevorderd, dan wel dat de vordering ter zake moet worden gematigd;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar haar zorgverzekering niet rechtsgeldig heeft beëindigd.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

4.3. Verzoekster heeft ter zitting haar eerdere verzoek uitgebreid, in die zin dat zij de commissie heeft gevraagd tevens een uitspraak te doen over de overige getroffen maatregelen, betreffende de registratie van haar gegevens in het interne incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister (EVR), de melding bij het CBV, en over de eventueel van toepassing zijnde betalingsregeling bij afwijzing van haar verzoek. De commissie overweegt dat op grond van artikel 6.4 van het toepasselijke reglement verzoekster de grondslag van haar verzoek kon wijzigen tot het moment waarop aan haar werd gevraagd kenbaar te maken of zij wenst deel te nemen aan een hoorzitting. Dit laatste is gebeurd op 28 oktober 2020. De uitbreiding van het verzoek ter zitting was dan ook tardief en de commissie zal hierover geen inhoudelijk oordeel geven.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. 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.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

Gezien het beroep van verzoekster op de vernietigbaarheid van de algemene voorwaarden merkt de commissie hierbij het volgende op. Verzoekster heeft het geschil voorgelegd aan de commissie. Hiermee heeft zij de bevoegdheid van de commissie in deze zaak erkend. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens gereageerd op het voorgelegde geschil. Hiermee heeft ook de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de commissie in deze zaak bevoegd is.

#### 6. Beoordeling

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

6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster in de jaren 2015 tot en met 2019 valse nota's ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en dat deze op grond van de frauduleuze nota's uitkeringen heeft gedaan aan verzoekster. Ten aanzien van de onderdelen van het verzoek als verwoord onder 4.1. overweegt de commissie als volgt.

##### **Standpunt verzoekster**

6.3. Verzoekster heeft toegelicht dat zij de valse nota's heeft gedeclareerd omdat zij en haar inwonende zoon in financiële moeilijkheden verkeerden. Ook hebben zij beiden te maken met gezondheidsproblemen. Nadat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding had verleend op grond van een valse nota was de verleiding om dit nogmaals te doen te groot. Verzoekster kan zich echter niet voorstellen dat het hierbij om een totaalbedrag van € 37.205,-- gaat. Zij en haar zoon hebben uit angst voor ontdekking echter geen eigen administratie bijgehouden.

Daarbij is de hoogte van de daadwerkelijke terugvordering verzoekster niet duidelijk. De ene keer wordt een bedrag van € 37.205,-- genoemd en de andere keer van € 38.527,36. Daarnaast is het verzoekster niet duidelijk of de ziektekostenverzekeraar rekening heeft gehouden met de verschuldigde eigen bijdrage en of de terecht gedeclareerde uren in mindering zijn gebracht op het gevorderde bedrag.

Volgens verzoekster had haar zoon het plan om oneigenlijk gebruik te maken van het PGB vv opgevat nadat de zorgaanbieder iets vergelijkbaars had voorgesteld. Het voorstel was om 'begeleiding individueel' in te zetten voor de huishoudelijke ondersteuning, tot duidelijk zou zijn of de gemeente een indicatie zou afgeven voor huishoudelijke ondersteuning. De redenering van verzoekster en haar zoon hierbij was dat het niet zoveel zou uitmaken hoe het geld werd besteed, omdat verzoekster er recht op had. Bovendien is het geld niet gebruikt voor luxe, maar voor bijvoorbeeld boodschappen, de eigen bijdragen en niet door de verzekering gedekte zorgkosten.

De zorgaanbieder die verzoekster aanvankelijk had gecontracteerd om aan haar de benodigde zorg te verlenen, beschikte niet over voldoende personeel om deze zorg op de gevraagde, flexibele, tijden te leveren. Verzoekster wilde echter niet overstappen naar een andere zorgaanbieder. Om dit probleem op te lossen, is zorg verleend door een gepensioneerde verpleegkundige, die zwart werd betaald. Daarnaast heeft verzoekster de zorgaanbieder gevraagd om de zorg in natura te leveren, om zodoende een einde te maken aan de fraude. De zorgaanbieder was hiertoe evenwel niet bereid, omdat hij ervoor heeft gekozen niet mee te doen aan de aanbestedingen die hiervoor gelden. Daarom kon de Verpleging en Persoonlijke Verzorging alleen op basis van een PGB vv worden verleend. Volgens verzoekster kan niet worden uitgesloten dat de zorgaanbieder een belang heeft bij het geven van een verkeerde voorstelling van zaken.

In de brief van 19 januari 2020 heeft verzoekster gesteld dat de fraude onvoldoende is bewezen. De zorgaanbieder heeft immers ook twijfelachtige ideeën over het gebruiken van zorggelden en is herhaaldelijk door de Sociale Verzekeringsbank op de vingers getikt voor onjuiste facturering. De zorgaanbieder kan daarom niet op zijn woord worden geloofd.

Verzoekster is voorts van mening dat het onderzoek door de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig is geweest. Hoor en wederhoor zijn niet toegepast. En de ziektekostenverzekeraar heeft haar voorafgaand aan de bestreden beslissing geen inzage gegeven in de stukken. Zij heeft de vermeende valse facturen niet kunnen controleren. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar wel de nota's overgelegd, maar hierbij is niet vermeld welke nota's precies vals zouden zijn. Daarnaast is toen een Excel sheet met bedragen aangeleverd, maar dit is volgens verzoekster zonder betekenis omdat een toelichting ontbreekt. Verzoekster concludeert dat de vordering onvoldoende is onderbouwd en dat zij deze daarom niet hoeft te voldoen.

Aangezien de ziektekostenverzekeraar niet heeft bewezen dat verzoekster fraude heeft gepleegd, mocht hij haar verzekeringen ook niet beëindigen. Bovendien heeft verzoekster niet zelf de fraude gepleegd, maar haar zoon. Daarnaast heeft het dossier drie maanden stil gelegen, nadat zij op 8 oktober 2020 had gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar. De brief van 2 januari 2020 is pas op 17 januari 2020 door verzoekster ontvangen. Hierdoor had zij nog maar twee weken om een nieuwe verzekering te zoeken.

Verzoekster heeft verder aangevoerd dat in het telefoongesprek van 20 september 2019 de ziektekostenverzekeraar haar zoon *"de mogelijkheid in het vooruitzicht [had] gesteld dat bij medewerking, door openheid van zaken te geven, er door [de ziektekostenverzekeraar] geen aangifte zal worden gedaan tegen ons."* Daarnaast werd gesuggereerd dat de verzekeringen van verzoekster niet zonder meer zouden worden geroyeerd. Hierop is de ziektekostenverzekeraar niet meer ingegaan in de beslissing van 2 januari 2020. Verzoekster concludeert daarom dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de schijn heeft gewekt dat hij bij medewerking van haar kant enige coulance zou betrachten.

Verzoekster vindt daarnaast de gevorderde onderzoekskosten veel te hoog. Volgens haar bestond het onderzoek uit niets meer dan het doorsturen van de ter declaratie ingediende nota's naar de zorgaanbieder, en het versturen van enkele e-mailberichten en brieven. Bovendien mogen deze kosten niet van haar worden gevorderd. De ziektekostenverzekeraar beroept zich hiervoor namelijk op de algemene voorwaarden. Deze algemene voorwaarden zijn volgens verzoekster vernietigbaar, omdat deze niet aan haar ter hand zijn gesteld. Ook wordt op de polisbladen niet vermeld waar zij de algemene voorwaarden langs elektronische weg kan raadplegen.

Verzoekster en haar zoon hebben op 6 april 2020 aan de ziektekostenverzekeraar een schikkingsvoorstel gedaan. Zij zijn bereid, gespreid over een periode van zes jaren, een bedrag van totaal € 10.000,-- terug te betalen tegen finale kwijting.

Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat hoor en wederhoor niet zijn toegepast voordat de bestreden beslissing is genomen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar geen helder en inzichtelijk rapport betreffende het verrichte onderzoek overgelegd.

Daarnaar gevraagd, heeft verzoekster ter zitting verklaard dat zij het niet als haar taak ziet om aan de hand van bijvoorbeeld bankafschriften aan te tonen welke bedragen zij wel heeft betaald aan de zorgaanbieder.

### **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de zorgaanbieder, nadat hij van verzoekster vreemde facturen ter declaratie had ontvangen. De zorgaanbieder heeft hierop verklaard dat hij de toegestuurde facturen niet heeft opgesteld. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgaanbieder gevraagd hem een overzicht te geven van de kosten van de daadwerkelijk aan verzoekster geleverde zorg. De zorgaanbieder heeft dit overzicht verstrekt. De ziektekostenverzekeraar heeft de door verzoekster gedeclareerde nota's vergeleken met het overzicht van de zorgaanbieder. Hieruit bleek dat een groot deel van de door verzoekster ter declaratie ingediende nota's vals was, en dat een aantal andere nota's was aangepast. Hierdoor is een bedrag van totaal € 37.205,-- ten onrechte uitbetaald.

Nadat aan verzoekster was bericht dat haar dossier was overgedragen aan het Bureau Bijzonder onderzoek, heeft haar zoon namens haar aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij de beschuldiging van fraude verwerpt, en dat een onaangekondigd huisbezoek wordt gezien als huisvredebreuk. Een week later heeft de zoon van verzoekster gevraagd of de ziektekostenverzekeraar afziet van maatregelen als verzoekster meewerkt aan het onderzoek en bereid is om eventueel onterecht vergoede bedragen terug te betalen. Door de ziektekostenverzekeraar is toen geantwoord dat het nog te vroeg was om hierover uitspraken te doen. In algemene zin is aangegeven dat bij het vaststellen van maatregelen rekening wordt gehouden met de mate van medewerking. En dat bij mensen die niet meewerken aan het onderzoek veelal aangifte wordt gedaan. In reactie hierop heeft de zoon van verzoekster toegegeven dat er zorg is gedeclareerd die niet is geleverd.

Op basis van de bewijsmiddelen, namelijk de vergelijking van de facturen van de zorgaanbieder met de valse nota's, de verklaring van de zorgaanbieder én de bekentenis van de zoon van verzoekster, heeft de ziektekostenverzekeraar op 2 januari 2020 de maatregelenbrief verstuurd. In deze brief is ten onrechte vermeld dat het bedrag hoger is geworden, namelijk € 38.527,36. Per abuis is ook een correcte nota meegenomen in de berekening. Uit het overgelegde overzicht blijkt dat het terug te vorderen bedrag € 37.205,-- is. Op de toegestuurde acceptgiro staat overigens wel het juiste bedrag vermeld.

Anders dan door verzoekster is betoogd, is hoor en wederhoor toegepast. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar haar de mogelijkheid geboden te reageren op de vordering. De onderzoeksbevindingen zijn al in de brief van 19 september 2019 met haar gedeeld. Hierbij zijn zeven valse facturen met naam en toenaam genoemd. Vervolgens is het aantal facturen alsmede de controleperiode vermeld. Hiermee is verzoekster in de gelegenheid gesteld om via de eigen online CZ omgeving te bekijken welke facturen door haar zijn ingediend. Als dit voor verzoekster

onvoldoende was, had het op haar weg gelegen om te vragen welke nota's exact als vals zijn aangemerkt. Dit heeft zij echter niet gedaan.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij van de zorgaanbieder alle facturen heeft ontvangen die door deze zijn uitgeschreven. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar deze naast de door verzoekster ter declaratie ingediende nota's gelegd. Als een ter declaratie ingediende nota niet tussen de facturen van de zorgaanbieder zat, is die nota dus vals. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht gemaakt van alle bedragen die door verzoekster zijn gedeclareerd en de bedragen die op de facturen van de zorgaanbieder staan vermeld. Het is juist dat de ziektekostenverzekeraar geen correcties heeft aangebracht voor de zorg die wel aan verzoekster is verleend. Op basis van de polisvoorwaarden vervalt het recht op vergoeding, ongeacht de mate waarin er is gefraudeerd. Een factuur die (deels) is vervalst, komt dus niet voor vergoeding in aanmerking.

De ziektekostenverzekeraar mag op grond van artikel A.6.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bij (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, alle bij hem afgesloten verzekeringen per direct beëindigen, de betaalde vergoedingen terugvorderen, de kosten van onderzoek verhalen, aangifte doen bij de politie en de verzekerden registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen. De door de ziektekostenverzekeraar genomen maatregelen zijn conform de polisvoorwaarden en de landelijke maatregelen richtlijn van Zorgverzekeraars Nederland. Gezien de ernst, de duur en de schade van de gepleegde zorgfraude zijn deze maatregelen proportioneel, redelijk en billijk.

Op grond van artikel A.6.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering mag de ziektekostenverzekeraar ook de onderzoekskosten verhalen op betrokkene. De opmerking van verzoekster over het onderzoek, namelijk dat het aantal bestede uren exorbitant hoog zou zijn, is ongefundeerd en ongepast. Verzoekster heeft met haar zoon grootschalige zorgfraude gepleegd. Dat zij nu zouden zijn getroffen doordat de ziektekostenverzekeraar hiernaar een fraudeonderzoek heeft moeten doen, is de omgekeerde wereld. De ziektekostenverzekeraar verwerpt de opmerkingen van verzoekster over het onderzoek en de hieraan verbonden kosten dan ook ten stelligste.

Ten aanzien van de vermeende vernietigbaarheid van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. De polisvoorwaarden, reglementen en andere bijbehorende bijlagen staan op de website. Hier wordt ook naar verwezen. Verzekerden kunnen deze ook opvragen bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft vele declaraties via de digitale omgeving van MijnCZ ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hiermee staat vast dat zij bekend was met de website van de ziektekostenverzekeraar.

Verzoekster heeft jarenlang stelselmatig gefraudeerd met zorggelden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierdoor aanzienlijke schade geleden. Hij heeft daarom aangifte gedaan en hoopt dat dit dossier een strafrechtelijk vervolg zal krijgen, uitmondend in een strafrechtelijk vonnis. Over de stand van zaken van de aangifte zal verzoekster worden geïnformeerd door justitie.

De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting ter aanvulling verwezen naar artikel 18 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten'. Alle verzekeringsvoorwaarden staan op de website en worden desgevraagd toegestuurd. Dus het was voor verzoekster mogelijk kennis te nemen van de voorwaarden.

Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat inmiddels een betalingsregeling is afgesproken. De ziektekostenverzekeraar is in dit geval coulant en is daarom bij wijze van uitzondering akkoord gegaan met een betalingsperiode van zes jaren. Er is inmiddels ongeveer € 1.100,-- terugbetaald.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar - daarnaar gevraagd - verder meegedeeld dat hij op dat moment niet kon nagaan of de verzekeringsovereenkomst destijds langs de elektronische weg is aangegaan door verzoekster.

## Overwegingen

- 6.5. 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 genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit geldt alleen niet voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt. Het eerste lid van genoemd artikel, inzake de meldingsplicht, is niet van toepassing op de zorgverzekering. 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.
- 6.6. Als het recht op uitkering vervalft, kan dit vèrstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere denkbare sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het interne incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het 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.
- 6.7. 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.
- 6.8. Voor de beoordeling is van belang dat de ziektekostenverzekeraar ter onderbouwing van zijn standpunt het door hem opgebouwde dossier heeft overgelegd.

De commissie stelt vast dat tussen partijen niet ter discussie staat dat door dan wel ten behoeve van verzoekster vervalste nota's ter declaratie zijn ingediend. Verzoekster heeft weliswaar aangevoerd dat de fraude onvoldoende is bewezen door de ziektekostenverzekeraar, maar zij heeft de brief van haar zoon van 8 oktober 2019 - waarin de fraude wordt erkend - mede ondertekend. Ook is door haar schriftelijk toegelicht hoe zij en haar zoon op het idee van de fraude zijn gekomen. Verzoekster heeft verklaard dat zij de valse nota's ter declaratie heeft ingediend om zodoende een vergoeding te verkrijgen voor zorg die niet was verleend door de zorgaanbieder. Zelfs de wijze waarop de onterecht ontvangen bedragen zijn besteed, is door verzoekster benoemd. De commissie concludeert dat het opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden, zoals bedoeld in artikel 7:941, vijfde lid, BW, aldus vaststaat.

De conclusie van het onderzoek, te weten dat verzoekster zelf dan wel met hulp van haar zoon fraude heeft gepleegd, vormt hiermee een gegeven. De stelling van verzoekster ten aanzien van de zorgvuldigheid kan dan ook alleen betrekking hebben op de door de ziektekostenverzekeraar gevolgde procedure bij het onderzoek.

- 6.9. Ten aanzien van de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd, stelt de commissie vast dat verzoekster op 30 augustus 2019 door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd over het feit dat een fraudeonderzoek was gestart in verband met de door haar gedeclareerde kosten op basis van een PGB vv. Op 19 september 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn bevindingen aan verzoekster meegedeeld. Zij is toen in de gelegenheid gesteld hierop schriftelijk te reageren. Hoor en wederhoor is dus, anders dan door verzoekster is gesteld, door de ziektekostenverzekeraar toegepast. Dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster geen rapport heeft overgelegd betreffende het verrichte onderzoek maakt niet dat het onderzoek onzorgvuldig is geweest. Overigens blijkt uit de stukken niet dat verzoekster op enig moment heeft verzocht om het onderzoeksdossier. Kennelijk ziet zij het ook niet als haar taak aan de hand van bankafschriften aan te tonen dat de ontvangen uitkeringen zijn besteed aan zorg, indien hierom wordt gevraagd. Daarmee miskent verzoekster dat op haar, als houdster van een PGB vv, de verplichting rust een behoorlijke administratie te voeren. Dat zij dit heeft nagelaten, uit angst te worden betrapt op fraude, en daarom in het kader van wederhoor geen behoorlijk verweer heeft kunnen voeren, ligt volledig in haar risicosfeer.



De commissie concludeert dan ook dat het onderzoek zorgvuldig heeft plaatsgevonden en dat om die reden het eerste onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen.

- 6.10. Verzoekster heeft voorts de hoogte van de terugvordering van de ziektekostenverzekeraar bestreden. Volgens haar kan het ten onrechte ontvangen bedrag niet zo hoog zijn als door de ziektekostenverzekeraar wordt beweerd. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de terugvordering na correctie € 37.205,- bedraagt.

De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar ter onderbouwing van zijn vordering een overzicht heeft overgelegd van de door verzoekster gedeclareerde bedragen en de bedragen die volgens de zorgaanbieder zijn gefactureerd. Uit dit overzicht volgt dat het totaal gedeclareerde bedrag van de valse nota's € 37.205,- betreft. Artikel 7:941, vijfde lid, BW stelt als sanctie bij het opzet de verzekeraar te misleiden het verval van het (gehele) recht op uitkering, behoudens voor zover de misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

Verzoekster heeft op geen enkele wijze toegelicht welke, door de ziektekostenverzekeraar als vals aangemerkte nota('s), volgens haar niet vervalst is/zijn, of welk bedrag volgens haar terecht aan haar is uitbetaald. Het had op de weg van verzoekster gelegen om bijvoorbeeld met bankafschriften te onderbouwen welke bedragen zij aan de zorgaanbieder heeft betaald en hoeveel zorg er daadwerkelijk is verleend. Zij heeft echter alleen gesuggereerd dat ook zorgkosten terecht zijn gedeclareerd en dat door de ziektekostenverzekeraar rekening had moeten worden gehouden met door haar betaalde eigen bijdragen. Waar dit alles op ziet, heeft zij niet onderbouwd of gesubstantieerd, en daarom wordt het ter zake gestelde door de commissie gepasseerd.

De stelling dat zij op het idee is gebracht door de zorgaanbieder, en dat deze zorgaanbieder geen betrouwbare bron is als het gaat om de opgestelde facturen, treft geen doel. Het zelfde geldt voor de suggestie dat verzoekster in bewijsnood verkeert omdat zij – vanwege het risico op ontdekking van de fraude – geen administratie heeft gevoerd. Zoals onder 6.9 is overwogen, rust op verzoekster, als houdster van een PGB vv, de verplichting een deugdelijke administratie te voeren. Het gegeven dat hieraan niet is voldaan, kan – los van de door verzoekster erkende fraude – al aanleiding zijn de in dat verband gedane uitkeringen terug te vorderen.

Ook de verwijzing naar haar zoon kan niet leiden tot een andere conclusie. Voor zover de nota's niet door verzoekster zelf zijn gedeclareerd, is dit namens haar gedaan en met haar medeweten. Daarbij heeft zij van de ten onrechte ontvangen gelden geprofiteerd. Dat die gelden niet zijn gebruikt voor luxe uitgaven speelt in dit verband geen rol.

Gezien het bovenstaande concludeert de commissie dat door de ziektekostenverzekeraar aannemelijk is gemaakt dat totaal € 37.205,- ten onrechte aan verzoekster is uitgekeerd op grond van de door of namens haar ter declaratie ingediende valse nota's ter zake van het PGB vv. Het opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden rechtvaardigt het (gehele) verval van het recht op uitkering, als bedoeld in artikel 7:941, vijfde lid, BW, en leidt in dit geval tot de verplichting tot terugbetaling door verzoekster. Voor matiging van de terugvordering ziet de commissie geen grond.

Uit het voorgaande volgt dat ook het tweede onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen.

- 6.11. Het derde onderdeel van het verzoek heeft betrekking op de door de ziektekostenverzekeraar gevorderde onderzoekskosten. Specifiek ten aanzien van de betreffende kosten heeft verzoekster aangevoerd dat zij deze niet verschuldigd is, omdat de vordering ter zake is gebaseerd op een bepaling uit de algemene voorwaarden. De algemene voorwaarden zijn volgens haar vernietigbaar, omdat deze niet aan haar ter hand zijn gesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft hertegen aangevoerd dat de polisvoorwaarden zijn te raadplegen op zijn website en dat verzekerden deze ook bij hem kunnen opvragen. Door de ziektekostenverzekeraar is hierbij verwezen naar een regeling van de NZa.

Wat er ook zij van voornoemd beroep van verzoekster, de commissie overweegt dat tussen partijen destijds een (verzekerings)overeenkomst bestond en dat verzoekster, door de op haar rustende inlichtingenplicht niet na te komen met het opzet de verzekeraar te misleiden,

tekortgeschoten is in de nakoming van de op haar rustende verbintenissen, welke tekortkoming haar ook kan worden toegerekend, althans dat zij onrechtmatig jegens de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld. Hierdoor is voor de ziektekostenverzekeraar schade ontstaan doordat hij in redelijkheid onderzoekskosten heeft moeten maken, te weten 13,5 uren werk (controlemedewerker) á € 45,-- = € 607,50 + 16 uren werk (medewerker Bureau Bijzonder Onderzoek) á € 55,-- = € 880,--. Totaal: € 1.487,50. De commissie oordeelt in dit verband dat het gevorderde bedrag van € 1.487,50 alleszins redelijk is, gelet op de periode waarover de fraude zich heeft uitgestrekt en het aantal nota's dat in verband hiermee moest worden gecontroleerd. Op grond van artikel 6:95 juncto artikel 6:96 BW is verzoekster gehouden deze schade te vergoeden.

Dit leidt tot de conclusie dat ook het derde onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen.

6.12. Verzoekster heeft nog gesteld dat de ziektekostenverzekeraar haar verzekeringen niet rechtsgeldig heeft beëindigd. De commissie overweegt dat verzoekster geen rechtens relevant belang heeft bij haar verzoek op dit punt. Verzoekster heeft immers niet gesteld dat zij hierdoor schade heeft geleden. Ook is zij reeds elders verzekerd. Daarom behoeft dit punt geen verdere bespreking.

6.13. Verzoekster heeft tot slot aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar heeft toegezegd dat bij medewerking coulance zou worden betracht en dat deze toezegging niet is nagekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft ontkend een dergelijke toezegging te hebben gedaan. De commissie merkt op dat, gelet op artikel 150 Rv, de stelplicht en bewijslast ter zake bij verzoekster liggen. Zij heeft niet aannemelijk gemaakt dat een concrete toezegging is gedaan en waar de coulance feitelijk betrekking op zou hebben. Omdat ten tijde van het gestelde gesprek de omvang van de fraude nog geenszins duidelijk was, en verzoekster zich tot dat moment niet heel coöperatief had opgesteld, was er voor haar geen enkele reden om aan te nemen dat – bij welke vorm of mate van medewerking dan ook – haar handelen in de voorafgaande jaren zonder sanctie zou blijven.

6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 maart 2021,

H.A.J. Kroon

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 6

---

### Artikel 95

1. De schade die op grond van een wettelijke verplichting tot schadevergoeding moet worden vergoed, bestaat in vermogensschade en ander nadeel, dit laatste voor zover de wet op vergoeding hiervan recht geeft.
2. Het recht op een vergoeding voor nadeel dat niet in vermogensschade bestaat, is niet vatbaar voor beslag. Voor overgang onder algemene titel is voldoende dat de gerechtigde aan de wederpartij heeft medegedeeld op de vergoeding aanspraak te maken.

### Artikel 96

1. Vermogensschade omvat zowel geleden verlies als gederfde winst.
2. Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:
  - a. redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;
  - b. redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;
  - c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.
3. Lid 2 onder b en c is niet van toepassing voor zover in het gegeven geval krachtens artikel 241 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering de regels betreffende de proceskosten van toepassing zijn.
4. In geval van een handelsovereenkomst als bedoeld in artikel 119a lid 1 of artikel 119b lid 1 bestaat de vergoeding van kosten bedoeld in lid 2 onder c uit ten minste een bedrag van 40 euro. Dit bedrag is zonder aanmaning verschuldigd vanaf de dag volgende op de dag waarop de wettelijke of overeengekomen uiterste dag van betaling is verstreken. Hiervan kan niet ten nadele van de schuldeiser worden afgeweken.
5. Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld voor de vergoeding van kosten als bedoeld in lid 2 onder c. Van deze regels kan niet ten nadele van de schuldenaar worden afgeweken indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf. In dit geval mist artikel 241, eerste volzin, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering toepassing.
6. De vergoeding volgens de nadere regels kan indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf, eerst verschuldigd worden nadat de schuldenaar na het intreden van het verzuim, bedoeld in artikel 81, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, waaronder de vergoeding die in overeenstemming met de nadere regels wordt gevorderd, vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van veertien dagen, aanvangende de dag na aanmaning.
7. Indien een schuldenaar voor meer dan een vordering door een schuldeiser kan worden aangemaand als bedoeld in lid 6, dan dient dit in één aanmaning te geschieden. Voor de berekening van de vergoeding worden de hoofdsommen van deze vorderingen bij elkaar opgeteld.

van uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;

- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

### A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

### A.6.4. Misdrijf of overtreding

Als u zich tegenover ons of een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;
- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

### A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

### A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen, hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

## A.7. Hoogte van de premie en kosten

### A.7.1. Kosten

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie voor alle verzekerden op uw polis;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw (verzekerde en verzekeringnemer) rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u (verzekerde en verzekeringnemer) door rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten.
- eventuele toeslagen, onverschuldigde betalingen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan wij niet wettelijke rente, verdragingsrente en incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen als gevolg van een vrijwillig gekozen eigen risico staan op de premiebijlage.

### A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en op welk moment u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

### A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder het 1<sup>e</sup> bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de bruto premie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitskorting;
- korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één maand (betaaltermijnkorting).

### A.7.4. Tot 18 jaar

Voor een verzekerde met een zorgverzekering bedraagt de premie € 0,- tot de 1e dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

lijk te laten functioneren.

Het gaat om zorg zonder dat sprake is van opname en/of verblijf. Als het medisch noodzakelijk is en voldaan is aan de voorwaarden in het indicatieprotocol omvat deze zorg ook verblijf.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

### Voorwaarden

#### Algemeen

Er is sprake van een visuele beperking (volgens de NOG-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:

- een gezichtsscherpte van minder dan 0.3 aan het beste oog; of
- een gezichtsveld van minder dan 30 graden;
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Er is sprake van een auditieve beperking (volgens de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt; of
- als het drempelverlies groter is dan 25 dB.

Er is sprake van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (vastgesteld volgens multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen). Dit is het geval indien:

- de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
- de taalontwikkelingsstoornis primair is, dus dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

#### Zorgverlener

De zorg wordt in multidisciplinair verband verleend door zorgverleners die in een instelling voor zintuiglijk beperkten werkzaam zijn. De werkzaamheden van de zorgverleners beperken zich tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan zorg voor zintuiglijk beperkten worden gesteld.

- Een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde auditieve en communicatieve zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

- Een oogarts of een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde visuele zorg en het zorgplan. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

#### Verwijzing

Een medisch specialist verwijst op grond van de NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg. Voor aanvang van een extramurale behandeling is verwijzing nodig van:

- een medisch specialist of een klinisch fysicus audiologisch centrum als de stoornis / beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis / beperking is gewijzigd;
- een huisarts of jeugdarts als de stoornis / beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing van huisarts of jeugdarts nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als verblijf langer duurt dan 1 jaar. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

#### Plaats

De zorg wordt verleend in een instelling voor zorg voor zintuiglijk beperkten of bij u thuis.

## B.26. Wijkverpleging

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden voor alle leeftijden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

### Integrale zorg

Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op

grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in de verzekeringsvoorwaarden. Als u integrale zorg ontvangt (zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd, zoals Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, WMO en Wlz), adviseren wij u hierover contact met ons op te nemen.

#### **Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.

#### **Voorwaarden**

##### **Algemeen**

U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.

Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.

Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.

##### **Persoons Gebonden Budget**

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een Persoons Gebonden Budget (PGB) bij ons aanvragen. In het Reglement PGB Verpleging

& Verzorging leest u daar meer over.

##### **Zorgverlener**

###### **Algemeen**

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code "Verpleegkundige niveau 5" die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.

###### **Indicatiestelling**

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). De indicatie wordt gesteld aan de hand van een digitaal classificatiesysteem. Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van V&VN. De indicatiestelling wordt vermeld in het zorgplan.

###### **Verwijzing**

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een verpleegkundige, huisarts of medisch specialist. Voor het stellen van een indicatie kunt u een zorgverlener benaderen ook zonder dat u over een verwijzing beschikt.

###### **Akkoordverklaring**

- De zorgverlener waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze internetsite.
- Als de behandeling wordt gedaan door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereen-

komst hebben gesloten, is wel een akkoord-verklaring nodig (zie artikel A.18.).

#### **Tarieven**

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

#### **Plaats**

De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. "Intensieve Kindzorg" kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

### **B.27. Kortdurend verblijf in een instelling**

#### **Zorg: waar bent u voor verzekerd?**

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Er moet vaststaan dat:

- er per direct een aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf; en
- terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij er sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg voor maximaal 3 maanden. Deze maximum duur is niet van toepassing op palliatief terminale zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerstelijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie, specialistische diagnostiek, herstellende zorg of zorg op onplanbare momenten nodig is. Ook kan palliatief terminale zorg niet altijd thuis geleverd worden en biedt een hospice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

#### **Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent tijdens het kortdurend verblijf wel verzekerd voor medicijnen maar voor die zorg gelden dan de voorwaarden van artikel B.15 en B.16. en niet de voorwaarden van artikel B.27.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- U bent niet verzekerd voor kortdurend verblijf in een instelling als:
  - u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf wordt dan betaald vanuit de Wlz;
  - er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg als de mantelzorger tijdelijk niet in staat is de zorg te leveren, of de zorg alleen kan volhouden als hij/zij een adempauze krijgt. Deze zorg valt onder de Wet Maatschappelijke ondersteuning. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente;
  - u jonger bent dan 18 jaar. De zorg valt dan onder de Jeugdwet. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente.

#### **Voorwaarden**

##### **Zorgverlener**

Een specialist ouderenzorg en/of arts verstandelijk gehandicapten verlenen de geneeskundige zorg in samenwerking en/of afstemming met de huisarts.

De verzorgende of verpleegkundige verleent de zorg in afstemming met de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde / arts verstandelijk gehandicapten. De huisarts kan de zorg ook zelf verlenen.

Als het gaat om paramedische zorg verleent een paramedicus de zorg. In artikel B.8 tot en met B.11 kunt u onder het kopje "zorgverlener" zien welke zorgverlener welke paramedische zorg mag verlenen.

##### **Verwijzing**

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundige en/of medisch specialist.

##### **Behandelvoorstel**

De huisarts stelt de indicatie van het kortdurend verblijf in samenspraak met de wijkverpleegkundige en in overleg met de specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.



---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

# Burgerlijk Wetboek Boek 7

Geldend van 15-11-2019 t/m heden

## 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.