

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401752

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 29 september 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 november 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 27 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 december 2024 aan verzoekster gestuurd. Bij brieven van 24 februari 2025 heeft zowel verzoekster als de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Deze stukken zijn in kopie aan de respectieve wederpartij gezonden.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 maart 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld een aanvullende reactie te geven. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 maart 2025 een specificatie gegeven van de onderzoekskosten. Een afschrift daarvan is op dezelfde dag aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft bij brief van 1 april 2025 een nadere reactie gegeven. Bij deze brief is onder andere een ongedateerde verklaring van de zorgaanbieder gevoegd. Ook de ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 april 2025 aanvullend gereageerd. Afschriften van beide reacties zijn op 9 april 2025 ter kennisname aan de respectieve wederpartij gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2022 en 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandarts Start. De zorgverzekering en de aanvullende verzekering Tandarts Start zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij declaratieoverzichten van 30 december 2022 en 29 maart 2023 aan verzoekster meegedeeld dat vergoeding van de gedeclareerde nota's in verband met respectievelijk camouflagetherapie en acnebehandelingen is afgewezen. Verzoekster heeft hierover met een ongedateerd klachtenformulier bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend. Bij die gelegenheid heeft zij ook meegedeeld dat zij telefonisch van een medewerker van de ziektekostenverzekeraar had vernomen dat een onderzoek was gestart in verband met vermeende fraude.
- 2.3. Bij brief van 1 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster verzocht om toestemming teneinde contact te mogen opnemen met de zorgaanbieder. Bij brief van 22 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de klacht van verzoekster. Bij die gelegenheid heeft de ziektekostenverzekeraar excuses aangeboden voor de communicatie omtrent het rechtmatigheidsonderzoek en haar een cadeaubon aangeboden van € 50,--.
- 2.4. De gemachtigde van verzoekster heeft bij e-mailbericht van 29 april 2024 aan de ziektekostenverzekeraar verzocht alsnog over te gaan tot vergoeding van de ingediende nota's van camouflagetherapie en acnebehandelingen. Bij die gelegenheid heeft zij tevens verzocht om restitutie van de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering van 2022. De vordering van verzoekster komt daarmee op totaal € 1.206,--.
- 2.5. Bij brief van 16 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de gemachtigde van verzoekster de bevindingen van het rechtmatigheidsonderzoek meegedeeld en haar in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. De gemachtigde van verzoekster heeft hierop bij brief van 19 juni 2024 gereageerd, en voorgesteld een schikking ter finale kwijting te treffen voor € 468,-- inclusief BTW, waarbij het rechtmatigheidsonderzoek dan per direct zou worden gestaakt. Bij brief van 11 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar dit schikkingsvoorstel verworpen en meegedeeld dat de uitkering van € 238,50 naar aanleiding van de declaratie van de behandeling camouflagetherapie op 28 juli 2022 onverschuldigd is gedaan en dat de overige declaraties ter zake niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 2.6. Op 6 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de zogenoemde slotbrief in het kader van het rechtmatigheidsonderzoek aan verzoekster gestuurd, waarin hij een bedrag terugvordert van € 238,50 in verband met de behandeling camouflagetherapie op 28 juli 2022. Ook vordert hij van haar de kosten van het onderzoek ter hoogte van € 1.817,50. De vordering komt daarmee uit op totaal € 2.056,--.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft, na wijziging bij e-mailbericht van 24 februari 2025, aan de commissie verzocht te bepalen dat:
 - (i) zij geen fraude heeft gepleegd;
 - (ii) haar persoonsgegevens nimmer worden opgenomen in de verschillende registers;
 - (iii) de onderzoekskosten van € 1.817,50 worden afgewezen omdat deze niet zijn aangetoond noch gespecificeerd;
 - (iv) er een bedrag naar redelijkheid en billijkheid wordt vastgesteld voor het ongemak en de betaalde premies voor de aanvullende ziektekostenverzekering;
 - (v) de betreffende declaraties ten bedrage van € 468,-- alsnog worden vergoed; en
 - (vi) dat het bedrag van € 238,50 dat door de ziektekostenverzekeraar is vergoed naar aanleiding van de gedeclareerde nota van 28 juli 2022 niet onverschuldigd werd betaald.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in het klachtenformulier van 26 september 2024 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar een rechtmatigheidsonderzoek heeft ingesteld naar de declaraties die zij heeft ingediend in verband met acnebehandelingen en camouflagetherapie. Dit werd haar pas

bekend nadat zij diverse malen had gevraagd waarom haar declaraties niet werden uitbetaald. Toen zij zelf op 1 augustus 2023 telefonisch contact opnam, vertelde een medewerker van de ziektekostenverzekeraar haar dat hiernaar onderzoek werd gedaan. Dit onderzoek is op oneigenlijke gronden door de ziektekostenverzekeraar gestart. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster de stand van zaken niet meegedeeld, heeft het onderzoek te lang laten duren en heeft verzoekster daarmee benadeeld in haar recht op uitkering. Verzoekster heeft behandelingen niet laten uitvoeren omdat deze niet werden vergoed. Het is onredelijk dat zij wel premie heeft moeten afdragen voor de aanvullende ziektekostenverzekering terwijl hier geen vergoeding tegenover stond. Met ingang van 1 januari 2024 is verzoekster overgestapt naar een andere zorgverzekeraar.

- 3.3. De reden voor de behandelingen is een ongeval van verzoekster in het verleden, waardoor sprake is van littekenvorming onder haar rechteroog en op haar kin. Zij onderging hiervoor in het begin behandelingen met IBL laser, hetgeen later behandelingen werden met laser of peeling gecombineerd met producten voor camouflage. Verzoekster is een tiental jaren behandeld bij een kliniek, waarvan de declaraties inzake genoemde behandelingen zonder problemen zijn vergoed door verschillende verzekeraars. Verzoekster verwijst naar een bindend advies van de commissie van 14 mei 2024 (SKGZ202303041), waarin de verzekeraar zijn stellingen onvoldoende met stukken had onderbouwd, zodat het opzet de verzekeraar te misleiden niet kon worden aangetoond. Verzoekster is van mening dat bij haar sprake is van een zelfde casus.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat zij bezwaar maakt tegen het bij brief van 24 februari 2025 door de ziektekostenverzekeraar ingediende grote pakket van 231 pagina's. Zij heeft zich hierop niet goed kunnen voorbereiden. Wat haar verder opvalt in het kleine deel hiervan dat zij wel heeft kunnen bestuderen, is dat een aantal activiteiten van de zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar wordt onderzocht. Verzoekster ziet niet hoe dit op haar terugslaat. Dit geldt ook voor de richtlijnen die zijn genoemd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is niet komen vast te staan dat de declaraties zijn aangepast. Verzoekster moet kunnen vertrouwen op haar zorgaanbieder, die de juiste codes op de nota's vermeldt. De aanvullende voorwaarden van de polis zeggen dat er vergoeding mogelijk is, en zij kan niet rijmen waarom dit dan nu niet het geval zou zijn, en nog minder waarom er dan door haar fraude zou zijn gepleegd. In artikel 3.1 van de verzekeringsvoorwaarden wordt de acnetherapie genoemd en in artikel 3.7 de camouflagetherapie. Verzoekster vraagt zich verder af waarom de onderzoekskosten van haar zouden kunnen worden gevorderd. Er is een verklaring van 29 mei 2024 van de zorgaanbieder, die zij ter zitting heeft overgelegd. De kliniek stelt hierin dat de website niet up-to-date is, en dat er wel camouflagetherapie wordt aangeboden. De bevindingen zijn al eerder in een brief aan de wederpartij geformuleerd. Maar de ziektekostenverzekeraar zegt telefonisch contact te hebben gehad en volgens een medewerker zou zijn verklaard dat door de kliniek geen camouflagetherapie wordt aangeboden en dat dit ook niet blijkt uit de website. Over de redelijkheid en billijkheid merkt verzoekster op dat er twee aanvullende verzekeringen zijn geweest, en dit heeft zij naar rato berekend. Zij vordert de betaalde premie terug omdat tijdens het rechtmatigheidsonderzoek alles is stilgezet, en ondertussen geen grote bedragen worden gedeclareerd, aangezien niet duidelijk is of deze worden vergoed. Verzoekster heeft daarmee premie voor een aanvullende verzekering betaald waarvan zij niet volledig gebruik heeft kunnen maken. Als de commissie zou bepalen dat de onderzoekskosten terecht in rekening zijn gebracht, merkt zij nog op dat de hoogte hiervan niet is gespecificeerd. In 2021 heeft verzoekster een vergelijking gemaakt van verzekeringen, waarbij zij heeft gekeken naar de zorg waarvan zij het meest gebruik maakt. Zij zag dat zij bij de ziektekostenverzekeraar kon worden verzekerd voor acnebehandelingen en camouflagetherapie. Verzoekster had wel gelezen dat het moest gaan om zorgprofiel 4, maar zij wist niet wat dit inhield. Zij heeft daarom contact opgenomen met de zorgaanbieder, waar zij al eerder onder behandeling was, met de vraag of zij voldeed aan deze voorwaarden en dit werd haar toen bevestigd. Verzoekster heeft zich toen verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Zij is later in het jaar de behandelingen

gestart, en heeft de facturen hiervoor ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Bijna een jaar later kwam zij erachter dat deze facturen waren geweigerd. Op de achterkant van de facturen staat dat er geen sprake is van verminking van het gelaat, en daarom heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding geweigerd. Bij acne zag zij staan 'profiel 1', en zij heeft hierover contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, die haar vertelde dat dit niet het juiste zorgprofiel was. Zij is vervolgens teruggegaan naar de zorgaanbieder, die haar vertelde te werken met een standaard uitdraai en niet te weten dat het zorgprofiel apart moest worden vermeld. Dit is toen aangepast. Omdat verzoekster er pas zo laat achter kwam dat de facturen niet waren vergoed, had zij een gat in haar financiën. Zij leeft van een WIA-uitkering. De reden voor de behandelingen is dat zij als 10-jarig meisje zoutzuur op haar gezicht heeft gekregen door een ongeval. Verzoekster wilde de facturen zo snel mogelijk in orde maken, omdat zij financieel in de problemen kwam. Zij heeft de facturen laten aanpassen en nog gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft in dat gesprek verteld dat de ter declaratie ingediende facturen waren geweigerd en gevraagd wat zij moest doen. Haar werd geadviseerd deze facturen opnieuw in te dienen. Zij heeft dit gedaan en maanden niets gehoord. Verzoekster kwam er per toeval achter dat er een rechtmatigheidsonderzoek liep; een medewerker van de ziektekostenverzekeraar versprak zich. Toen heeft zij een klacht ingediend waarop excuses zijn gekomen dat het zo lang duurde. Zij kreeg toen een cadeaubon van € 50,--. Op een dag is verzoekster gebeld door de ziektekostenverzekeraar. Zij werd niet uitgenodigd, maar gesommeerd om op kantoor te komen. Dit schoot bij haar in het verkeerde keelgat. Zij heeft steeds telefonisch uitgelegd wat haar persoonlijke situatie was. Zij had het vermoeden dat men naar haar gezicht wilde kijken. Verzoekster is als verzekerde bijna kansloos tegen zo'n grote organisatie. Zij heeft toen verzocht informatie op te vragen bij de betrokken zorgaanbieder. De medewerker zei toen: *"Dan vragen we je volledige dossier op"*. Verzoekster merkte op dat alleen wat nodig was moest worden opgevraagd. De medewerker antwoordde dat dit niet kon en dat het ging om het volledige dossier. Uiteindelijk heeft zij daarvoor haar toestemming maar gegeven. Verzoekster vraagt zich af wat zij had moeten doen om te bewijzen dat zij wel zorgprofiel 4 heeft en dat haar zorgverlener zich had vergist door een standaard factuur uit te draaien. Zij kon niet anders dan deze facturen alsnog opnieuw indienen. Zij was bovendien verzekerd voor deze zorg. Toen er een rechtmatigheidsonderzoek werd uitgevoerd, zijn door de ziektekostenverzekeraar dreigbrieven gestuurd naar haar huisarts en de apotheek. De huisarts is beticht van onprofessioneel handelen en de apotheek heeft grote bedragen niet vergoed gekregen. Verzoekster mag blij zijn dat haar huisarts een Nederlandse mevrouw is die inziet dat dit niet klopt en dat dit serieuze aantijgingen zijn die gevolgen hebben. Verzoekster komt uit een gezin met zes gedupeerden van de toeslagenaffaire. Dat zij om zoiets fraude zou plegen is bizar. Zij heeft er haar levenswerk van gemaakt om hiertegen te vechten. De producten die zij heeft gekocht, waarvan één product voor camouflagetherapie, vallen wel degelijk onder de dekking van de verzekering.

- 3.5. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster na de hoorzitting bij brief van 1 april 2025 aanvullend verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten nog steeds niet heeft onderbouwd. Het staat niet vast dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten ook daadwerkelijk heeft gemaakt. Verzoekster acht de kosten bovendien buiten-proportioneel, gelet op het minimale aantal acties dat is uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar specificeert niet per post welk bedrag en welk aantal uren hierbij hoort, waardoor verzoekster – wederom – moet raden en zij zich niet kan verweren tegen de individuele kostenposten die worden opgevoerd. Daarnaast valt een aantal zaken op. Bijvoorbeeld de post 'declaraties bekijken en bestuderen'. In casu betrof het een viertal declaraties, die al bekend waren bij de ziektekostenverzekeraar. De post 'vastleggen administratie' is onduidelijk, niet valt in te zien welke werkzaamheden hier zijn uitgevoerd. De posten rondom telefonie dienen te vervallen, omdat geenszins is komen vast te staan dat deze posten hebben bijgedragen - en in welke vorm - aan het onderzoek naar de (betwiste) fraude. De post 'communicatie verzekerde en [naam gemachtigde]' moet vervallen omdat dit thuishoort bij de klachtafhandeling en geen onderdeel is

van het fraudedossier. Voor zover de commissie al zou beslissen dat kosten zijn gemaakt, moeten deze worden gematigd, dan wel moet een betalingsregeling met de duur van een jaar worden toegestaan.

- 3.6. In haar brief van 1 april 2025 heeft verzoekster ook gereageerd op de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 24 februari 2025. Zij merkt hierover op dat niet het hele rechtmatigheids-onderzoek is overgelegd, maar slechts een deel daarvan. Op dit deel van het onderzoek kan niet de conclusie worden gebaseerd dat sprake is van fraude. Verzoekster heeft een verklaring van de zorgaanbieder overgelegd, gedateerd 29 mei 2024, waaruit andere feiten blijken dan de aannames van de ziektekostenverzekeraar. Het heeft er alle schijn van dat verzoekster onverhoopt verwickeld is geraakt in een onderzoek van de ziektekostenverzekeraar naar de zorgaanbieder, daar waar haar geen verwijt kan worden gemaakt. In reactie op het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat het ontvangen zorgdossier van verzoekster niet zou voldoen aan de NVH Richtlijnen Huid therapeutische dossiervoering, geldt dat dit wordt betwist, en dat, zo hier al sprake van is, dit een (mogelijke en betwiste) kwaliteits- en beroepsfout is van de behandelaar, en niet van verzoekster. Zij kan en hoeft immers geen richtlijn-compatibele dossiers te beheren of controleren. Als het dossier niet aan de richtlijnen voldoet, kan dat niet op verzoekster worden afgewenteld. Iedere acnebehandeling, ook de eerste of tweede of zoveelste, kan vallen onder de indicatie voor vergoeding indien de behandeling medisch noodzakelijk is. De nummering van de behandeling doet daar niets aan af. De richtlijnen van de NVH en de verzekeringsvoorwaarden hanteren indicatie en noodzaak, niet het aantal behandelingen als criterium. De behandelvolgorde is daarmee geen reden om vergoeding te weigeren. Als de behandeling onder het profiel valt, is vergoeding terecht. In reactie op het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat de naam of namen van de behandelaar/behandelaren ontbreken en er alleen een AGB-code is vermeld, merkt verzoekster op, dat de AGB-code een unieke identificatiecode is, die gekoppeld is aan de praktijk én/of de behandelaar. De AGB-code is daarmee toereikend voor traceerbaarheid en controle. Verzoekster verwijst naar het Vektis/AGB-register waarin dit ook staat vermeld. Verzoekster heeft voorts geen invloed op hoe een behandelaar zijn/haar gegevens administreert. Dit kan haar niet worden tegengeworpen. De ziektekostenverzekeraar heeft overigens, na het opvragen van dit dossier, nooit meer om verdere uitleg of opheldering gevraagd aan de zorgaanbieder, zo bleek uit navraag door verzoekster. Zij betwist nadrukkelijk het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat zij last moest hebben van alle opgesomde klachten om aan zorgprofiel 4 acne te voldoen, zoals ter zitting door de ziektekostenverzekeraar is beargumenteerd en aangevoerd. Het is voldoende om aan een aantal van de criteria of klachten te voldoen, waarbij die klachten samen de ernst en impact rechtvaardigen die bij zorgprofiel 4 hoort. Volgens haar zorgaanbieder was dit bij verzoekster het geval. Zorgprofiel 4 betekent dat er sprake is van ernstige acne met bijvoorbeeld: diep ontstoken cysten/risico op blijvende littekens/ernstige psychische of sociale impact/langdurige of therapieresistente klachten. Dit speelt bij verzoekster. Zij verwijst naar haar intakeformulier bij de zorgaanbieder en de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 24 februari 2025 (bijlage 9, pagina 219). Hier worden letterlijk ontstekingen, littekens, acne, camouflagetherapie genoemd en ter zitting heeft verzoekster aan de commissie de sociale impact kenbaar gemaakt, alsmede haar psychische klachten rondom haar aandoening. Uit de overgelegde printscreens van de zorgaanbieder blijkt ook van haar klachten. Pustels, cysten, littekenvorming worden genoemd, en ook dat verzoekster verbrand is geweest in haar gelaat en hierdoor een pigmentafwijking heeft, waarvoor zij 8 operaties heeft ondergaan. Behandeling 29-04-2022: pustels, cysten en littekenvorming. Behandeling 24-12-2022: littekenvorming en pustels.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de door haar ingediende nota's en dat de jegens haar getroffen maatregelen terecht zijn. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 16 mei 2024 aan de gemachtigde van verzoekster aangevoerd dat

een intern signaal aanleiding vormde een rechtmatigheidsonderzoek te starten. De afdeling Veiligheidszaken ontving een melding van een collega dat er twijfels waren over de ingediende declaraties voor een huidbehandeling. De reden voor het doen van de melding was dat verzoekster op 20 maart 2023 aangepaste nota's indiende voor behandelingen die de ziektekostenverzekeraar enkele maanden daarvoor, namelijk op 30 december 2022, had afgewezen. Het vermelde zorgprofiel was nu gesteld op 4 en bij de camouflagetherapie was opgenomen dat het ging om brandwonden in het gelaat. Op 27 maart 2023 nam verzoekster telefonisch contact op met de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij vroeg naar de status van de ingediende nota's. Tijdens het gesprek duidde verzoekster de behandelaar aan met "hij", en vertelde zij dat deze behandelaar de nota's van 28 juli 2022 en 24 december 2022 had aangepast naar aanleiding van de eerdere afwijzing. Verder vroeg verzoekster of er nog andere nota's uit 2022 niet waren vergoed. De medewerker vertelde haar dat de declaraties die zij op 28 juli 2022 had ingediend waren afgewezen. De reden hiervoor was dat het moest gaan om zorgprofiel 4. Later in het gesprek las de medewerker de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering voor. Zij informeerde verzoekster waaraan een nota camouflagetherapie moet voldoen, en zij vertelde dat de behandelaar de locatie van de huidafwijking moet vermelden. Na het telefoongesprek stuurde verzoekster nog diezelfde dag aangepaste nota's voor de behandelingen die plaatsvonden op 29 april 2022 en 2 juni 2022. Omdat ook op de laatst ingediende nota's geen vergoeding volgde, nam verzoekster hierna nog diverse keren telefonisch contact op om te informeren naar de status van de declaraties.

- 4.2. Nadat de afdeling Veiligheidszaken besloot tot onderzoek over te gaan, werd verzoekster op 1 augustus 2023 uitgenodigd voor een gesprek op kantoor. Hieraan wilde zij geen medewerking verlenen. Daarop heeft de ziektekostenverzekeraar met toestemming van verzoekster stukken opgevraagd bij de zorgaanbieder. Samen met de medisch adviseur werd vastgesteld dat het dossier niet voldoet aan de richtsnoeren. Zo ontbreekt de naam van de behandelaar en vormt de indicatie waarvoor behandelingen worden aangevraagd juist een contra-indicatie. Bovendien staan in het dossier bij een behandeling producten genoemd die niet zijn gespecificeerd op de nota, maar wel bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd. Deze producten komen niet voor vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking. Verder ontving de ziektekostenverzekeraar van de zorgaanbieder een intakeformulier voor verzoekster, waaruit blijkt dat de intake plaatsvond op 12 januari 2022. Hoewel verzoekster het tijdens de telefoongesprekken deed voorkomen dat zij de betreffende behandelingen dringend nodig had, had zij haar eerste behandeling pas op 29 april 2022. Voorts geldt dat de op de nota's genoemde AGB-codes van vrouwelijke zorgverleners zijn, terwijl verzoekster zou zijn behandeld door een man. Op de ANBOS website staat deze zorgaanbieder niet vermeld als aanbieder van camouflagetherapie. Op de website van de zorgaanbieder staat camouflagetherapie ook niet als aangeboden behandeling en de therapie staat evenmin in de tarievenlijst. Bij telefonische navraag bij de zorgaanbieder bevestigden medewerkers, waaronder een man, dat de kliniek geen camouflagetherapie aanbiedt. Wel zouden camouflageproducten worden verkocht, waarbij gebruiksinformatie wordt verstrekt.
- 4.3. Bij brief van 11 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering heeft hersteld nadat verzoekster betalingen deed aan de incassogemachtigde. De aanvullende ziektekostenverzekering was beëindigd in verband met een premieachterstand, waarover verzoekster met diverse brieven werd geïnformeerd. Verzoekster heeft daarna geen nota's ingediend die vanuit deze verzekering kunnen worden vergoed, noch voor huidtherapie noch voor een andere behandeling. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat van de reeds gedane uitkeringen de rechtmatigheid door verzoekster en de zorgaanbieder niet is aangetoond. Daarom is niet komen vast te staan dat de verleende zorg voldoet aan hetgeen is bepaald in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. De uitkering van € 238,50 is onverschuldigd gedaan, en de overige declaraties komen niet voor vergoeding in aanmerking.

- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 27 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat, behalve de terugvordering en de vordering van de onderzoekskosten, aan verzoekster geen maatregelen zijn opgelegd. Er is geen sprake van een aanmelding of opname van haar persoonsgegevens in het Intern of Extern Verwijzingsregister.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het door hem bij brief van 24 februari 2025 aan de commissie nagezonden pakket stukken een deel van het rechtmatigheidsonderzoek betreft. Eerder is ook al aangegeven dat het volledige rapport niet kon worden toegestuurd, omdat het ook ziet op andere nota's en voor het delen hiervan met de commissie door verzoekster geen toestemming is gegeven. De relevante passages moesten er dus uit worden gehaald, en dit heeft tijd gekost. De stukken die er als bijlage bij zitten zijn geen nieuwe stukken. Het volledige onderzoek is nog niet afgerond. Het totale rapport wordt niet aan de verzekerde toegezonden. Alleen de argumentatie die tot de maatregelen leidt wordt gecommuniceerd in de slotbrief. Daarop kan dan worden gereageerd. Over de grondslag van de terugvordering merkt de ziektekostenverzekeraar op dat een rechtmatigheidsonderzoek is gedaan naar aanleiding van een signaal en het feit dat een wijziging werd aangebracht op de eerder ingediende nota's. Bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) wordt onderling melding gemaakt daar waar declaraties niet conform de werkelijkheid zijn. De betreffende zorgaanbieder stond op een lijst en de melding dat er een aangepaste nota van deze zorgaanbieder was ontvangen heeft geleid tot het onderzoek, omdat dit ook conform de modus operandi van deze zorgaanbieder is, volgens de melding van ZN. Verzoekster heeft verklaard dat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar haar heeft verteld wat zij moest aanpassen. Het gesprek is teruggeluid, en aan verzoekster is alleen verteld wat er in de polisvoorwaarden staat. Dit is iets anders dan het advies dat zij de declaraties moest laten aanpassen. De hoofdvraag is of deze declaraties voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar meent van niet. Voor acne staat in de polisvoorwaarden dat moet zijn voldaan aan zorgprofiel 4. Wat dit inhoudt staat in de richtlijn die als bijlage bij het onderzoeksverslag is gevoegd, en wel in bijlage 8 a en b op bladzijde 12. Alleen bij profiel 4 komt de behandeling voor vergoeding in aanmerking. Dan moet het gaan om een ernstige vorm van acne. Als wordt gekeken naar de declaratie en het zorgdossier blijkt niet van profiel 4. Dan moet er sprake zijn van pustels, papels, nodes en abcessen. Dit staat duidelijk in de profielomschrijving en hoort elke huidtherapeut te weten. De geboden behandeling komt ook niet overeen met het zorgprofiel. Alleen al om die reden had kunnen worden besloten dat deze niet voor vergoeding in aanmerking komt. Met betrekking tot de camouflagetherapie is er contact geweest met de eigenaar van de kliniek. Er is in dit geval een middel aangebracht en gekocht. Uit het rechtmatigheidsonderzoek blijkt dat door de kliniek producten worden verkocht met een uitleg hoe deze te gebruiken. Dit is iets anders dan camouflagetherapie. Het lijkt er ook op dat er een bepaalde mate van inwerktijd nodig was van het middel. Wat de behandelaar precies heeft gedaan is onduidelijk, mogelijk is hier bedoeld camouflagetherapie met laser, maar dit is niet zoals het is bedoeld in de voorwaarden. Daarbij gaat het namelijk om het leren camoufleren van een ernstige huidafwijking in het gezicht of de hals. De ziektekostenverzekeraar vergoedt geen camouflerende lasertherapie. Bovendien geldt er een maximale vergoeding van € 350,--. Het is niet navolgbaar wat hier precies is gedaan en de behandeling voldoet niet aan de polisvoorwaarden. Verzoekster is uitgenodigd om op het kantoor van de ziektekostenverzekeraar uitleg te geven, maar dit wilde zij niet. De ziektekostenverzekeraar heeft de zorgaanbieder vervolgens gebeld om duidelijkheid te verkrijgen, maar deze duidelijkheid kwam niet. De andere twee nota's vallen ook onder het onderzoek. De ziektekostenverzekeraar heeft er geen vertrouwen in dat de behandelingen zijn uitgevoerd. Dit geldt zowel voor de aangepaste stukken als de niet aangepaste stukken. Het gaat om aangekochte producten die zijn gedeclareerd.
- 4.6. Bij brief van 1 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend zijn reactie gegeven naar aanleiding van de door verzoekster ter zitting overgelegde verklaring van de zorgaanbieder van

29 mei 2024, waarin deze haar reactie geeft op een brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 mei 2024. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat camouflagelessen op grond van de polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen als die lessen gegeven worden door een huidtherapeut of door een ANBOS geregistreerde schoonheidsspecialist. Omdat er blijkens de website van de zorgaanbieder ook schoonheidsspecialisten werken en deze lessen ook gegeven kunnen worden door schoonheidsspecialisten, is in het kader van het rechtmatigheidsonderzoek de website van ANBOS geraadpleegd om vast te stellen of de zorgaanbieder op de ANBOS website als aanbieder van camouflagetherapie staat vermeld. Hieruit bleek dat dit niet het geval is. De zorgaanbieder biedt geen camouflagelessen aan. De zorgaanbieder stelt dat camouflagetherapie al enige tijd niet meer op zijn website staat *“omdat dit een breed scala aan behandelingen/indicaties heeft”* en *“elke verzekering eigen voorwaarden heeft voor camouflagetherapie”*. Dit bevestigt temeer dat de zorgaanbieder op de hoogte was van het feit dat niet alle behandelingen die hij kennelijk onder de noemer ‘camouflagetherapie’ schaaft, voor vergoeding in aanmerking komen. Dit vergt van de zorgaanbieder daarom extra zorgvuldigheid in het documenteren ten behoeve van het dossier en bij de vermeldingen op de facturen, zodat het voor de verzekeraars direct navolgbaar is wat er wordt gedeclareerd. Bij telefonische navraag bleek, als gezegd, dat de kliniek geen camouflagetherapie aanbiedt, maar wel producten verkoopt waarbij gebruiksinformatie wordt verstrekt. De zorgaanbieder geeft aan *“dat het per verzekering verschilt of camouflageproducten daar wel onder vallen en dat het zeer zeldzaam is, waardoor het niet meer benoemd wordt op o.a. de website, maar als er nadere informatie gevraagd wordt telefonisch wel aangegeven wordt dat het per verzekering verschilt”*. De zorgaanbieder erkent hiermee dat het zeer zeldzaam is dat een verzekeraar camouflageproducten vergoedt. De zorgaanbieder stelt dat het dossier wel voldoet aan de richtlijn van de NVH. De ziektekostenverzekeraar betwist dit evenwel en motiveert dat als volgt. In de NVH is aangegeven dat iedere huidtherapeut wordt geacht te werken volgens deze richtlijn. Naast het feit dat dit relevant is voor de onderbouwing van het eigen handelen door de huidtherapeut, is dit ook van belang voor de externe verantwoording naar de verzekeraars, aldus de richtlijn (zie blz. 10). In de richtlijn is aangegeven welke dossiergegevens de huidtherapeut dient vast te leggen. In bijlage 2 van de richtlijn is dit nogmaals weergegeven in een beknopt overzicht. Het van de zorgaanbieder ontvangen zorgdossier bestond uit vier schermprints. Dit is geen zorgdossier zoals bedoeld in de richtlijn van de NVH. Zo ontbreken de volgende belangrijke elementen in het dossier van de zorgaanbieder:

- De diagnose (noch bij de behandeling “camouflagetherapie” noch bij de acne behandeling is omschreven wat de ernst, omvang en locatie van de klachten is);
- Bij de acnebehandeling is geen zorgprofiel in het dossier vermeld, terwijl dit een essentieel gegeven is om een behandelplan te kunnen opstellen;
- In het dossier ontbreken een behandeldoel, een behandelplan, geplande verrichtingen, de verwachte duur van de behandelingen, toetsing van het behaalde resultaat aan het behandeldoel;
- De namen van de behandelaars ontbreken, zodat niet duidelijk is wie de behandelingen heeft verricht. De zorgaanbieder stelt dat het dossier is gekoppeld aan een agendasyteem, waardoor het voor hem wel duidelijk is wie de behandelaar is geweest. Echter, zoals uit de NVH-richtlijn blijkt, is één van de doelen van dossiervoering ook externe verantwoording naar de verzekeraars. Om te kunnen toetsen of een behandeling is verricht door een huidtherapeut die is geregistreerd in het kwaliteitsregister paramedici en diegene tevens voldoet aan de eisen zoals vermeld in het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (één van de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te kunnen komen, zie de definitie van ‘huidtherapeut’ op pagina 6 van de als bijlage 2 bij het verslag van het rechtmatigheidsonderzoek overlegde polisvoorwaarden) is het van belang dat voor de verzekeraar inzichtelijk is wie de behandeling heeft verricht. Hieraan is in casu niet voldaan. In het dossier staan producten genoemd bij een behandeling (zoals antistress mask en zonnebrand) die niet zijn gespecificeerd op de nota, maar afgaande op het bedrag wel bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd. Deze bevinding van de ziektekostenverzekeraar heeft betrekking op de behandeling en bijbehorende factuur van

28 juli 2022. De zorgaanbieder stelt dat deze producten nooit in rekening zijn gebracht, aangezien het producten zijn die tijdens de behandeling zijn gebruikt. De ziektekostenverzekeraar kan deze stelling niet volgen. Ten eerste is op de screenprint van 28 juli 2022 onderaan de aldaar vermelde producten “*anti stress mask, fast skin repair, meso spf 50 en iconceal suede + toffee*” vermeld: “*aangebracht en gekocht*”. Ten tweede heeft verzoekster tijdens de zitting verklaard dat zij producten heeft gekocht, waarvan één product voor camouflagetherapie. Een anti stress mask is een herstellend en kalmerend masker. Fast skin repair crème is een intensieve herstelcrème, die speciaal is ontwikkeld om de huid te kalmeren en te herstellen, bijvoorbeeld na medische en esthetische ingrepen. Meso spf 50 is een afkorting die (na een search op internet) uitkomt op meso dagcreme spf 50. I-conceal suede en i-conceal toffee zijn twee verschillende kleuren foundation. Uit het dossier wordt niet duidelijk welke van deze producten mogelijk zijn gebruikt tijdens de behandeling, welke producten mogelijk zijn meegegeven aan verzoekster en/of welke producten door haar zijn gekocht. Voor de aanspraak op vergoeding is dit overigens ook niet relevant. De factuur komt namelijk sowieso niet voor vergoeding in aanmerking, aangezien er blijkens het dossier een melanostop tranex peeling behandeling heeft plaatsgevonden, al dan niet in combinatie met een clear lift behandeling en/of fractional laser behandeling (zie de vermeldingen in het opmerkingenveld op de screenprints van het zorgdossier). Er is in elk geval geen sprake geweest van een les in camoufleren, zoals omschreven in artikel 3.7 van de toepasselijke polisvoorwaarden. Noch de behandeling met de melanostop tranex peeling (al dan niet in combinatie met een clear lift of laser behandeling), noch de eventueel tijdens of na deze peelingbehandeling gebruikte (en daarna meegegeven of gekochte) producten komen daarom voor vergoeding in aanmerking op grond van de polisvoorwaarden. De zorgaanbieder heeft in zijn reactie van 29 mei 2024 niet gereageerd op de wijziging van de facturen voor de acne-behandelingen van zorgprofiel 1 naar zorgprofiel 4. Om die reden beperkt de ziektekostenverzekeraar zich in zijn nadere reactie tot de ‘camouflage behandelingen’ en is hij niet ingegaan op de facturen met betrekking tot de acne behandelingen.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over fraude is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar de aan verzoekster vergoede nota in verband met camouflagetherapie op 28 juli 2022 terugvordert (€ 238,50), omdat deze nota volgens hem ziet op zorg die niet onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering valt. Drie andere nota's zijn afgewezen. Het gaat dan om de nota's met de data 29 april 2022 (€ 208,--, acne), 2 juni 2022 (€ 93,--, camouflage) en 24 december 2022 (€ 167,--, acne), totaal € 468,--. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar van mening dat verzoekster de nota's voor acnebehandelingen liet aanpassen en daarmee valsheid in geschrift pleegde of beoogde te plegen. Verzoekster diende deze aangepaste nota's bij hem in om op die manier een vergoeding te ontvangen waarop volgens de ziektekostenverzekeraar geen recht bestaat. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten ter hoogte van € 1.817,50 van verzoekster gevorderd. Fraude is geregeld in artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 6.3. De commissie zal allereerst de vraag beantwoorden of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster hem opzettelijk heeft misleid. Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW is de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. In het vijfde lid van dit artikel is bepaald dat als de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde die verplichting niet is nagekomen met het opzet verzekeraar te misleiden het recht op uitkering vervalt. Het is aan de verzekeraar om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met als doel een (hogere) vergoeding te ontvangen. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hierin niet is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende van belang.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft een onderzoeksrapport opgesteld. Omdat hierin zorgdeclaraties zijn opgenomen waarvoor de commissie volgens de ziektekostenverzekeraar niet gemachtigd is om deze te ontvangen, aangezien verzoekster haar toestemming voor verstrekking hiervan heeft geweigerd, heeft de ziektekostenverzekeraar dit onderzoeksrapport niet volledig aangeleverd. Verzoekster heeft een toestemmingsverklaring ondertekend waarin zij verklaart dat de SKGZ kennis mag nemen van haar gegevens voor zover het geschil hierop betrekking heeft. De commissie kan daarom enkel uitgaan van het deel dat, bij brief van de ziektekostenverzekeraar aan de commissie van 24 februari 2025, is overgelegd. Het gaat om een verslag van vier pagina's met elf bijlagen.

Het gaat in het kort om het volgende:

- dat op 28 juli 2022 onder meer twee nota's van de betreffende zorgaanbieder door verzoekster werden ingediend die zijn afgewezen;
 - dat op 25 december 2022 door verzoekster twee andere nota's werden gestuurd van de zorgaanbieder die zijn afgewezen;
 - dat op 20 maart 2023 de eerste twee nota's met nieuwe gegevens werden ingediend, namelijk *"zorgprofiel 4"* en *"brandwonden in het gelaat"*;
 - dat de nota's niet voldoen aan de richtlijn van de NVH;
 - dat in het klantdossier van de zorgaanbieder bij een behandeling producten zijn genoemd die niet zijn gespecificeerd op de nota, maar afgaande op het bedrag wel bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd;
 - dat verzoekster volgens de nota's is behandeld door vrouwelijke zorgverleners en zij haar zorgverlener tijdens de telefoongesprekken met de ziektekostenverzekeraar heeft aangeduid met *"hij"*;
 - dat de zorgaanbieder volgens ANBOS geen camouflagetherapie aanbiedt, dit ook niet blijkt uit de website van de zorgaanbieder, en bovendien bij telefonische navraag door deze zorgaanbieder is bevestigd. Wel zouden camouflageproducten worden verkocht.
- 6.5. Het enkele feit dat een verzekerde nota's indient, en na afwijzing hiervan telefonisch contact opneemt met de vraag waarom dit het geval is, duidt niet op fraude. Het is ook niet uitzonderlijk dat de zorgaanbieder daarna wordt gevraagd nota's die op onderdelen onjuist of onvolledig zijn aan te passen. Dit argument van de ziektekostenverzekeraar kan daarom niet overtuigen voor positieve beantwoording van de vraag of bij verzoekster het opzet tot fraude bestond. Op de website van de zorgaanbieder staan acnebehandelingen vermeld. Camouflagetherapie is terug te vinden indien wordt doorgedrukt op *"vergoedingen zorgverzekering 2024"*. Op dit deel van de website staat bovendien per verzekeraar uitgeschreven hoeveel de aanvullende verzekering dekt, waaronder voor camouflagetherapie. Gelet op het feit dat gesteld noch gebleken is dat de overgelegde nota's zijn bewerkt, bestaat voor de commissie geen aanleiding eraan te twijfelen dat verzoekster bij deze kliniek zowel acnebehandelingen als (een vorm van) camouflagetherapie heeft ondergaan. Dat zij haar zorgverlener een keer met *"hij"* heeft aangeduid terwijl het een vrouw betrof, kan ook niet overtuigen. De ziektekostenverzekeraar

heeft niet met stukken onderbouwd dat dit inderdaad door verzoekster is gezegd, en bovendien kan zij zich ook hebben vergist. Dit klemmt temeer aangezien de ziektekostenverzekeraar zelf heeft verklaard met een mannelijke medewerker van de kliniek te hebben gesproken. Dat deze medewerker zou hebben verklaard dat de kliniek geen camouflagetherapie aanbiedt, is niet met stukken onderbouwd. Ook is geen naam van de betreffende medewerker genoemd, en strookt de verstrekte informatie niet met de website van de zorgaanbieder. Dat de zorgaanbieder volgens de website van ANBOS niet is geregistreerd voor camouflagetherapie, betekent niet dat deze therapie niet door de zorgaanbieder wordt gegeven. Al met al komt de commissie tot de slotsom dat op basis van de thans voorhanden gegevens niet is aangetoond door de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster het opzet had hem te misleiden, zodat fraude niet kan worden vastgesteld. Om die reden kunnen aan verzoekster geen maatregelen worden opgelegd. Dat verzoeksters gegevens nimmer (zullen) worden opgenomen in de verschillende registers kan de commissie overigens niet bepalen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat van opname van haar persoonsgegevens in de diverse registers geen sprake is geweest. De commissie gaat ervan uit dat deze mededeling juist is. Waar het de gevorderde onderzoekskosten van € 1.817,50 betreft is de conclusie dat verzoekster deze niet aan de ziektekostenverzekeraar is verschuldigd.

- 6.6. Rest de vraag of op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op (vergoeding van) de acnebehandelingen en de gedeclareerde camouflagetherapie. Het betreft hierbij feitelijk de teruggevorderde vergoeding van € 238,50 voor camouflagetherapie en de afgewezen nota's ten bedrage van in totaal € 468,-.

De aanspraak op acnebehandelingen is geregeld in artikel 3.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Blijkens deze bepaling wordt acnetherapie vergoed tot een bedrag van maximaal € 350,- per kalenderjaar. Er moet sprake zijn van acne in het gezicht en/of de hals. Behandelingen worden vergoed wanneer sprake is van acne zorgprofiel 4 volgens het document Zorgprofielen integrale acnetherapie of volgens de zorgprofielen zoals gesteld in het Zorgarrangement integrale acnetherapie van de NVH. De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie en lokalisatie het gaat. De behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut. Benodigde middelen voor behandeling worden niet vergoed. De facturen van 29 april 2022 (€ 208,-) en 24 december 2022 (€ 167,-) hebben betrekking op acnetherapie. Op de facturen staan onder andere een behandelcode, dat het gaat om een acnebehandeling in het gelaat bij zorgprofiel 4 en het bijbehorende bedrag. In de screenshots van het cliëntdossier, zoals die door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen op 9 augustus 2023 en als Bijlage 6 bij het onderzoeksrapport zijn gevoegd, wordt in de beschrijving onder 'Gebieden' melding gemaakt van aandoeningen die worden genoemd in de omschrijving van zorgprofiel 4 van het Zorgarrangement integrale acnetherapie. De commissie leest in genoemde omschrijving niet dat sprake dient te zijn van *alle* aandoeningen als vermeld in het Zorgarrangement. Voor de commissie is daarom aannemelijk dat sprake is geweest van behandeling bij een zorgprofiel 4. Blijkens de AGB-code vonden behandelingen plaats door een huidtherapeut, zo constateert de commissie na verificatie van de op de facturen vermelde AGB-codes. De commissie kan het standpunt van verzoekster hieromtrent volgen. De betreffende nota's voldoen daarmee aan het bepaalde in artikel 3.1. Verzoekster heeft daarom aanspraak op vergoeding van deze nota's tot een bedrag van € 350,-, mits in 2022 geen andere kosten voor acnetherapie zijn gemaakt die reeds door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed.

- 6.7. De aanspraak op camouflage is geregeld in artikel 3.7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Camouflage wordt blijkens die bepaling vergoed tot maximaal € 350,- gedurende de tijd dat de verzekerde met deze verzekering bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd. Het gaat om een vergoeding voor camouflagelessen/camouflagetherapie (leren om kleur- en/of vormafwijkingen in het gelaat en hals onopvallend te maken) en de benodigde middelen tijdens de lessen; bij een ernstige huidafwijking in het gezicht en/of de hals. De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate

van uitgebreidheid. De lessen worden gegeven door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die ANBOS geregistreerd is.

Uit de website van ANBOS blijkt dat de kliniek geregistreerd is voor acnetherapie, maar niet voor camouflagetherapie. Verzoekster heeft verwezen naar de verklaring van de zorgaanbieder van 29 mei 2024, die hierover heeft verklaard dat ANBOS de brancheorganisatie is voor schoonheidsspecialisten. Dit heeft volgens de zorgaanbieder niets te maken met huidtherapeuten, die onder het KP-register en de NVH vallen. De commissie kan volgen dat uit artikel 3.7 van de verzekeringsvoorwaarden niet blijkt dat de huidtherapeut ANBOS geregistreerd moet zijn. Door de ziektekostenverzekeraar is evenwel gesteld dat verzoekster geen lessen of therapie heeft ondergaan, maar enkel cosmeticaproducten heeft gekregen met eventueel een uitleg hoe deze te gebruiken. Dit is volgens de ziektekostenverzekeraar niet aan te merken als camouflagetherapie in de zin van de voorwaarden. Naar de commissie begrijpt is verzoekster op 2 juni 2022 door een huidtherapeut geïnstrueerd over het gebruik van bepaalde verzorgingsproducten. Daarbij is haar geadviseerd terug te komen voor een 'peel', die op 28 juli 2022 heeft plaatsgevonden. Deze 'peel' valt nadrukkelijk niet onder de dekking van artikel 3.7. en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking. Anders is dit voor de behandeling op 2 juni 2022, die naar het oordeel van de commissie als een camouflageles zou kunnen worden aangemerkt. Dit betekent dat ook de hierbij gebruikte producten voor vergoeding in aanmerking komen. Uit het voorgaande volgt dat de nota voor de behandeling van 2 juni 2022 dient te worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering en dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van de nota van 28 juli 2022 ten bedrage van € 238,50 als onverschuldigd betaald kon terugvorderen.

- 6.7. Verzoekster heeft voorts een vergoeding gevorderd voor het ongemak en vanwege de volgens haar ten onrechte betaalde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie merkt hierover op dat op grond van het toepasselijke reglement geen vergoeding kan worden toegekend voor immateriële schade. Ten aanzien van de betaalde premie ziet de commissie geen aanleiding te bepalen dat deze geheel of gedeeltelijk moet worden gerestitueerd. Er is dekking geboden en hiervoor is bepaald dat de acnebehandelingen op 29 april en 24 december 2022 en de behandeling camouflagetherapie op 2 juni 2022 moeten worden vergoed, overigens met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden. Dat verzoekster mogelijk heeft afgezien van verdere behandeling maakt de beslissing niet anders, waarbij nog kan worden opgemerkt dat voor de behandelingen gemaximeerde vergoedingen gelden, zodat na het bereiken van het maximumbedrag er sowieso geen relatie (meer) is tussen de premiebetaling en het recht op vergoeding.
- 6.8. Omdat het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, is de ziektekostenverzekeraar gehouden het door verzoekster voor deze procedure betaalde entreegeld van € 37,-- aan haar te vergoeden.

Slotsom

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) het opzet tot fraude bij verzoekster niet is bewezen zodat zij de onderzoekskosten van € 1.817,50 niet aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd is;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de acnetherapie op 29 april en 24 december 2022 alsnog aan verzoekster te voldoen, met inachtneming van de in artikel 3.1 van de voorwaarden opgenomen maximumvergoeding;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de behandeling camouflagetherapie op 2 juni 2022, inclusief de in dat verband gebruikte middelen, aan verzoekster te vergoeden, met inachtneming van de in art 3.7 van de voorwaarden opgenomen maximumvergoeding;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
- (v) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 2 juni 2025,

J.J.M. Linders

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 er 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 aanvullende ziektekostenverzekering

3. Omvang van de dekking

3.1 Acnebehandeling

Wat krijgt u vergoed?

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 150 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar	Maximaal € 350 per kalenderjaar	Maximaal € 500 per kalenderjaar

Voorwaarden:

- Wij vergoeden gezichtsorg wanneer er sprake is van acné in uw gezicht en/of hals.
- Behandelingen worden vergoed wanneer er sprake is van acne zorgprofiel 4 volgens het document Zorgprofielen integrale acnetherapie of volgens de zorgprofielen zoals gesteld in het Zorgarrangement integrale acnetherapie van de NVH.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie en lokalisatie het gaat.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut.
- Benodigde middelen voor behandeling worden niet vergoed.

3.2 Allergeenvrije hoezen

Wat krijgt u vergoed?

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	100%	100%

Voorwaarden:

- Vergoeding geldt voor 1 set hoezen voor 1 bed. Een set bestaat uit matrashoes, dekbedhoes en een kussenhoes.
- U heeft een schriftelijke toelichting van een arts, met de uitslag van een allergietest. Uit de test blijkt dat u last heeft van een allergie voor uitwerpselen van huisstofmijt.
- Allergeenvrije en stofdichte hoezen worden niet eerder vervangen dan tien jaar na de laatste verstrekking.

3.3 Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling)

Wat krijgt u vergoed?

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 100 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag	Maximaal € 250 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag	Maximaal € 500 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag

Voorwaarden:

- Het maximaal verzekerd bedrag is voor alle consulten en behandelingen van alternatief genezers of therapeuten tezamen.
- Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van alternatieve genezers of therapeuten die aangesloten zijn bij een door ons erkende beroepsvereniging.
 - **Acupunctuur:** Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), International Free University (IFU), Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen YI (NBCG YI), Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP), Wetenschappelijke Artsen Vereniging voor Acupunctuur in Nederland (WAVAN), Belangen Associatie Therapeut en Consument (BATC), Landelijke Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (LVNT), Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG), Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT) of Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG).
 - **Antroposofie:** Behandelaar is een antroposofisch arts die is aangesloten bij de beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA). Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen.

Voorwaarden:

- Nabestaanden moeten direct contact opnemen met SOS International: +31 (0)30 257 35 75.
- Het lichaam van de overledene wordt vervoerd naar zijn of haar woonplaats.
- Wij vergoeden geen:
 - Hulpverlening en kosten als een medische behandeling het doel van de reis was.

Toelichting:

- De kosten van de kist die noodzakelijk is voor het vervoer zijn inbegrepen.
- Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenis of crematie ter plaatse.

3.7 Camouflage

Wat krijgt u vergoed?

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
Maximaal € 150 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent	Maximaal € 250 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent	Maximaal € 350 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent	Maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent

Voorwaarden:

- Vergoeding voor camouflagelessen/camouflagetherapie (leren om kleur- en/of vormafwijkingen in het gelaat en hals onopvallend te maken) en de benodigde middelen tijdens de lessen.
- Bij een ernstige huidafwijking in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitgebreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De lessen worden gegeven door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist welke ANBOS geregistreerd is.

Wij vergoeden geen:

- Camouflerende lasertherapie.
- Camouflagelessen/camouflagetherapie als u die in het verleden al vergoed hebt gekregen op een andere aanvullende verzekering bij a.s.r.

3.8 Combinatietest

Wat krijgt u vergoed?

Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	-	75%

Voorwaarden:

- Geen vergoeding van kosten indien er een aanspraak is op de basisverzekering.
- De combinatietest dient te worden uitgevoerd door een gecertificeerd echoscopist.

Toelichting:

- Een combinatietest bestaat uit:
 - een bloedonderzoek in de 9e tot de 14e week van de zwangerschap;
 - een nekplooiemeting d.m.v. een echo in de 11e tot de 14e week van de zwangerschap;
 - beoordeling van de beide onderzoeken voor een verhoogd risico op een kindje met Down, Edwards of Patau.

12. Regres

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

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

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekeringnemer en/of verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde, is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Indien de zorgverzekeraar de kosten met succes verhaalt, worden eventuele maximumvergoedingen in deze aanvullende verzekering niet ten gunste van de verzekerde aangepast.

13. Fraude

Verplichting tot medewerking

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

Persoonsgegevens

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

Zorgverzekeraars werken actief samen op het gebied van fraudebeheersing

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

Vervallen recht op vergoeding

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

Maatregelen

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

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

14. Kennisgeving relevante gebeurtenissen**Kennisgeving**

Als verzekeringnemer of contractant bent u verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Indien de wijziging niet binnen 30 dagen na het intreden van de gebeurtenis is ontvangen, wordt de verzekering met ingang van de datum van 7 dagen na de ontvangstdatum gewijzigd. Een wijziging met terugwerkende kracht is dan niet mogelijk.

Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welke aanvullende verzekering wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met de bestaande aanvullende verzekering.

15. Herziening van premie of voorwaarden**Jaarlijkse wijziging**

Wij hebben het recht uw premie en of voorwaarden jaarlijks, per 1 januari, aan te passen.

Tussentijdse wijziging

Het is in ieders belang dat wij onze financiële verplichtingen in de toekomst ook kunnen (blijven) nakomen. Daarom mogen wij ook in bijzondere gevallen tussentijds uw premie en/of voorwaarden veranderen, als die verandering niet kan wachten tot de jaarlijkse verlengingsdatum. Bijvoorbeeld omdat wetgeving ons daartoe verplicht. Onder bijzondere gevallen verstaan wij ook: de dreiging of het bestaan van oorzaken, die een daling van de solvabiliteit tot onder het wettelijk voorgeschreven minimum tot gevolg kunnen hebben wanneer we geen verandering doorvoeren. Negatieve ontwikkelingen op de rente- en beleggingsmarkt of een voor ons tegenvallend bedrijfsresultaat zijn geen bijzondere gevallen.

U ontvangt hierover een bericht

Een wijziging in de premie en/of voorwaarden treedt pas in werking zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Voordat we iets veranderen, ontvangt u van ons een bericht met informatie over de wijziging. Een klacht over de toepassing van de wijziging doorloopt de gebruikelijke klachtenprocedure.