

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : Marokko, vergoeding kosten blindedarmoperatie, royeren aanvul-
lende ziektekostenverzekering, fraude
Zaaknummer : 2008.02352
Zittingsdatum : 24 maart 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 7 augustus 2008 tot (i) het niet vergoeden van de kosten verbonden aan een blinde-darmoperatie, uitgevoerd te Rabat (Marokko); (ii) het royeren van de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster met ingang van 1 augustus 2008; (iii) het vermelden van de gegevens van verzoekster voor onbepaalde tijd in het incidentenregister van de afdeling Speciale Zaken, en (iv) het laten opnemen van haar volledige personalia in het register dat de Stichting CIS aanhoudt.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van het ontstaan van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 7 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de onder 2 omschreven beslissingen medegedeeld.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 11 november 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan de blindedarmoperatie volledig dan wel gedeeltelijk te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering; de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende

kracht tot 1 augustus 2008 in kracht te herstellen, en de gegevens van verzoekster te verwijderen uit het incidentenregister van de afdeling Speciale Zaken en het register van de Stichting CIS (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 13 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 januari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 januari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 maart 2010 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij tijdens haar verblijf in Marokko op 3 augustus 2007 ziek is geworden en met spoed is opgenomen in het ziekenhuis voor een blindedarmoperatie. De vergoeding op de ingediende nota's en betaalbewijzen voor verrichtingen tijdens dat verblijf is echter door de ziektekostenverzekeraar geweigerd. Bovendien is de aanvullende ziektekostenverzekering geroyeerd. Verzoekster is het niet eens met deze beslissing, omdat deze niet vergezeld is gegaan van een mogelijkheid tot beroep. Voorafgaand aan een gerechtelijke procedure zijn zorgverzekeraars verplicht verzekeren de mogelijkheid te geven hun geschil voor te leggen aan een onafhankelijke instantie. De ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten verzoekster op deze mogelijkheid te wijzen. Zulks is in strijd met artikel 114 Zvw. Het verzuim leidt tot een schending van de redelijkheid en billijkheid.
 - 4.2. Met betrekking tot de vermeende fraude merkt verzoekster op dat zij de nota's heeft betaald, en deze te goeder trouw heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Omdat zij de Arabische taal onvoldoende beheerst, heeft zij geen kennis kunnen nemen van de inhoud.
 - 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat het ging om spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg. Verzoekster was op familiebezoek, en de ingreep duldde geen uitstel. De nota van het ziekenhuis in Rabat ontving zij rechtstreeks. De andere liepen via een oom. Er is een korting toegepast van 20 percent vanwege bestaande familiebanden. Verzoekster is het Arabisch en Frans niet machtig. De reden dat geen betalingsbewijzen zijn overgelegd is dat in alle gevallen contant is betaald. De nota van het ziekenhuis in Rabat is door verzoeksters moeder en zus betaald.
 - 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in verband met onduidelijkheden en vragen die de declaraties oproepen contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Deze organisatie heeft op verzoek van de ziektekostenverzekeraar onderzoek gedaan in Marokko. Uit dit onderzoek is onder andere gebleken dat de factuur voor de gemaakte kosten in de kliniek in Rabat 12.875 Dirhams betrof. Deze factuur is door verzoekster ingediend en wordt vermeld op het bijbehorende declaratieformulier. Uit de informatie die de ANWB heeft ingewonnen bij de kliniek is echter naar voren gekomen dat verzoekster ten aanzien van die factuur 20 percent korting heeft gekregen, en dat het resterende bedrag van 10.300 Dirhams contant is betaald. De twee betalingsbewijzen hiervan heeft verzoekster echter eveneens ingediend ter declaratie. Ook op het naderhand ingestuurde toelichtingsformulier zijn deze posten opgegeven als gemaakte kosten.
- 5.2. Verder is uit het onderzoek van de ANWB gebleken dat het onderzoekslaboratorium waar verzoekster is geweest een bedrag van 300 Dirhams in rekening heeft gebracht, en dat dit het gemiddelde bedrag is dat voor dergelijke onderzoeken wordt gerekend. Op de betreffende declaratie is echter een bedrag vermeld van 1.065 Dirhams.
- 5.3. De kosten van de gebruikte medicijnen bedroegen volgens de declaratie 7.000 Dirhams. Bij navraag is echter gebleken dat een bedrag van 129,80 Dirhams gebruikelijk is voor deze medicijnen.
- 5.4. Verder heeft verzoekster medegedeeld dat zij door een arts in Fes is verwezen naar de kliniek in Rabat. Deze kliniek ligt echter 200 kilometer van Fes, en verzoekster heeft geen reden gegeven voor een operatie in Rabat. Uit onderzoek is gebleken dat een blindedarmoperatie ook in Fes had kunnen worden uitgevoerd.
- 5.5. Ten slotte is gebleken dat één van de nota's die verzoekster heeft ingediend een factuur voor bouwmaterialen betreft. Het lijkt hierbij niet te gaan om een vergissing, omdat dit bedrag is vermeld op zowel het declaratieformulier als het later opgestuurde toelichtingsformulier.
- 5.6. Uit vorenstaande is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarom heeft hij de kosten van de blindedarmoperatie niet vergoed, de aanvullende ziektekostenverzekering geroyeerd, en zijn de gegevens van verzoekster opgenomen in het incidentenregister van de afdeling Speciale Zaken en het register dat de Stichting CIS aanhoudt.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de opzet voor de fraude aantoonbaar is. Er zijn nota's met andere kleuren pen veranderd. De nota van de kliniek vermeldt 1.065 Dirhams, terwijl volgens de informatie 300 Dirhams in rekening zijn gebracht.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de kosten van de operatie terecht niet zijn vergoed, en dat de beslissing de aanvullende ziektekostenverzekering te royeren en de gegevens van verzoekster op te nemen in het incidentenregister van de afdeling Speciale Zaken en het register dat de Stichting CIS aanhoudt, juist is ge-

weest.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan de blindedarmoperatie, uitgevoerd in Rabat, te vergoeden, de aanvullende ziektekostenverzekering te herstellen met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2008, en de gegevens van verzoekster te verwijderen uit het incidentenregister van de afdeling Speciale Zaken en het register dat de Stichting CIS aanhoudt.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 6 tot en met 28 van de zorgverzekering.
Artikel 7 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een ziekenhuis tot een maximum van 365 dagen. (...)*
- gebruikelijke medisch specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname. (...)*”

Artikel 23 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“De verzekerde heeft recht op:

- hulp volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- hulp door een zorginstelling of hulpverlener die door [de ziektekostenverzekeraar] in het betrokken land is gecontracteerd;*
- vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen huisartsenzorg (artikel 6), medisch specialistische zorg (artikel 7), kraamzorg (artikel 8), overige medisch specialistische zorg (artikelen 9 tot en met 17), paramedische zorg (artikel 18), farmaceutische zorg (artikel 20), hulpmiddelen (artikel 21), ziekenvervoer (artikel 22), eerstelijnspsychologische zorg (artikel 25.1) en psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 26.3) door een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde hulpverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat in de genoemde artikelen is aangegeven indien hulp binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Voor de vaststelling van de vergoeding geldt het Nederlandse marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten die het Neder-*

landse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening;

- vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen prenatale screening (artikel 8.1), verloskundige zorg (artikel 8.2), tandheelkundige zorg (artikel 19) en nietklinische geestelijke gezondheidszorg (artikel 26.4) tot 100% van het Nederlandse marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening;

- vergoeding van de kosten tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief, indien [de ziektekostenverzekeraar] vooraf toestemming verleent voor inroepen van zorg in een ander land dan het woonland;

- vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening. (...)"

In artikel 3.4 van de zorgverzekering is het volgende geregeld:

"a. Als de verzekeringnemer/verzekerde aanspraak wil maken op vergoedingen en/of verstrekkingen en daarbij feiten/omstandigheden verzwijgt en/of valse opgaven verstrekt met de opzet [de ziektekostenverzekeraar] te misleiden, dan heeft hij/zij geen recht op vergoeding van de kosten;

b. Indien sprake is van fraude, als bedoeld onder a, heeft het verval van recht op vergoeding van de kosten betrekking op de volledig ingediende aanspraak voor vergoedingen en/of verstrekkingen en daarmee ook voor de onderdelen van de ingediende aanspraak waarbij geen feiten en omstandigheden zijn verzwegen of geen onware opgaven zijn gedaan;

c. Indien [de ziektekostenverzekeraar] voor de vaststelling van fraude, als bedoeld onder lid a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald."

8.3. De artikelen 3.4, 7 en 23 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.6. In artikel 31 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is het volgende geregeld:

"Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

a. Iedere aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten vervalst als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;

b. [de ziektekostenverzekeraar] vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij verzekeringnemer terug;

c. [de ziektekostenverzekeraar] heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd, de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;

d. Indien [de ziektekostenverzekeraar] voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de onder 8 genoemde verzekeringsvoorwaarden en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 genoemde geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan valsheid in geschrift en poging tot oplichting, en heeft vervolgens betaling op de door verzoeker ingediende declaraties geweigerd onder bijvoeging van een uitvoerige motivering per afzonderlijke declaratie. Verzoekster heeft daar enkel tegenover gesteld dat zij de nota's en betaalbewijzen zo in handen heeft gekregen en op grond daarvan te goeder trouw heeft gedeclareerd, daaraan nog toevoegend de Arabische taal niet machtig te zijn.
- 9.3. De commissie is van oordeel dat uit het geheel van de overgelegde nota's en betaalbewijzen, gevoegd bij het niet beantwoorden onderscheidenlijk het geven van ontwijkende antwoorden op schriftelijke vragen van de ziektekostenverzekeraar, alsmede de uitkomst van een in opdracht van de ziektekostenverzekeraar ingesteld onderzoek naar de juistheid van de gedeclareerde bedragen – welk laatste een geheel ander beeld geeft van de in werkelijkheid gemaakte en betaalde kosten – is komen vast te staan dat sprake is van een feitelijk verkeerde voorstelling van zaken door verzoekster met behulp van zo niet vervalste, dan toch in elk geval misleidende stukken, voor de indiening waarvan verzoekster zelf als declarant de verantwoording draagt.
- 9.4. Op basis van de gang van zaken zoals die uit het dossier naar voren komt, is de commissie verder van oordeel dat aan verzoeksters handelen de vooropgezette bedoeling ten grondslag moet hebben gelegen de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Dit leidt tot de conclusie dat tevens sprake is geweest van opzet, in de zin van artikel 9:41 BW als vereiste voor verval van uitkering als grond voor weigering van enige uitkering. In het verweer dat verzoekster de Arabische taal niet beheerst ziet de commissie geen omstandigheid die het verval van het recht op uitkering niet zou kunnen rechtvaardigen, nog daargelaten dat de verantwoording van de bedragen in de nota's voor alle alleen zijn gesteld in de Franse taal. Ook verder acht de commissie deze bewering niet erg geloofwaardig waar verzoekster ter hoorzitting heeft verklaard zich bij familiebezoek in Marokko te bedienen van het gesproken Arabisch.
- 9.5. Waar verzoekster verder nog stelt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn heroverweging de mogelijkheid van het voorleggen van haar zaak aan een onafhankelijke instantie, zoals de SKGZ, kenbaar had moeten maken, maar zulks heeft nagelaten – hetgeen er volgens verzoekster toe zou moeten leiden dat de maatregelen die de ziektekostenverzekeraar heeft genomen in strijd zijn met maatstaven van redelijkheid en billijkheid – overweegt de commissie het volgende.
- 9.6. Artikel 114 Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar ervoor dient te zorgen dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Dienovereenkomstig wordt in artikel 37 van de zorgverzekering de mogelijkheid vermeld een klacht na heroverwe-

ging voor te leggen aan de SKGZ. Tussen partijen staat niet ter discussie dat verzoeker de beschikking had over de juiste polisvoorwaarden, zodat zij kan worden geacht van de eerder genoemde bepaling op de hoogte te zijn.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. In artikel 31 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de mogelijkheid tot eenzijdige beëindiging van de verzekering door de ziektekostenverzekeraar opgenomen ingeval een verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken doet, vervalste of misleidende stukken overlegt of enige onjuiste opgave doet. Gezien hetgeen hiervoor is overwogen, doet die situatie zich hier voor. De ziektekostenverzekeraar was, nu het dezelfde contractuele wederpartij betreft, dan ook gerechtigd de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 april 2010,

Voorzitter