

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F
Zaak : Veronderstelde fraude, registratie bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, buitenlandnota, declaraties, vordering onderzoekskosten
Zaaknummer : 2012.00060
Zittingsdatum : 26 september 2012

1. Partijen

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

tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering 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. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft op 18 augustus 2010 een nota ten bedrage van 7.000,-- Marokkaanse Dirham (MAD) ingediend voor de aan haar verleende medische zorg gedurende haar verblijf in Marokko.
- 3.2. Op 12 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bericht dat de betreffende declaratie is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende nota afgewezen en als frauduleus aangemerkt. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars. Tevens wordt een bedrag van € 250,- voor gemaakte onderzoekskosten op verzoekster verhaald.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing 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 1 juni 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten alsnog moet vergoeden, en dat hij afziet van het vorderen van de door hem gemaakte onderzoekskosten (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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 de commissie bij brief van 3 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 augustus 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 september 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 september 2012 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster is bekend met astma. Tijdens haar verblijf in Marokko in de zomer van 2010 verergerden haar klachten en kreeg zij last van haar keel. Op 31 juli 2010 heeft zij aldaar een arts geconsulteerd. Deze arts heeft haar behandeld door haar veertien keer een injectie toe te dienen. Na terugkomst in Nederland heeft verzoekster de nota van deze behandeling ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
 - 4.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft voornoemde behandeling betrekking op de aandoening alopecia. Verzoekster heeft evenwel geen alopecia. Zij begrijpt dan ook niet waarom de betreffende arts zou verklaren dat behandeling hiervan heeft plaatsgevonden. Verzoekster benadrukt dat zij is behandeld voor keel- en astmaklachten.
 - 4.3. In de kliniek waar verzoekster is behandeld, worden niet alleen cosmetische ingrepen uitgevoerd. Zo is de betreffende arts dermatoloog en allergoloog. Verzoekster heeft zich op aanraden van derden tot haar arts gewend, omdat haar keelklachten mogelijk een gevolg waren van een allergische reactie.
 - 4.4. Verzoekster heeft aan de Ombudsman Zorgverzekeringen een nieuwe verklaring van de behandelend arts overgelegd. In dit stuk van 29 november 2010 wordt verklaard dat bij verzoekster destijds sprake was van “une dermatose generalisée”, “asthmatique”, en “pelades multiple ...”.
 - 4.5. Het is verzoekster niet bekend waarom de behandelend arts heeft verklaard dat verzoekster is behandeld voor een haaraandoening. Zij vraagt zich nu zelfs af of zij destijds wel een goede medische behandeling heeft gehad. Verzoekster benadrukt dat de behandelend arts haar heeft misleid.
 - 4.6. Ter zitting heeft verzoekster voornoemde stellingen herhaald.
 - 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Uit de ter declaratie ingediende nota blijkt dat de behandelend arts een dermatologische praktijk voert, waarbij hij zich met name profileert op het gebied van de esthetiek. Uit de toelichting van de arts op voornoemde nota blijkt voorts dat veertien niet nader omschreven sessies hebben plaatsgevonden voor de behandeling van huidproblemen, in casu voor kale plekken op de hoofdhuid.
- 5.2. De stelling van verzoekster dat zij geen klachten met betrekking tot haaruitval heeft, wil niet zeggen dat van een bepaalde huidbehandeling geen sprake kan zijn geweest. Dit temeer nu op de nota of de toelichting daarop niets wordt verklaard over astma- of keelklachten, terwijl de primaire zorgvraag juist daarin zou zijn gelegen.
- 5.3. De behandelend arts heeft de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar bevestigd. Hij heeft verzoekster niet behandeld voor de door haar opgegeven keel- en astmaklachten. Daarbij komt dat astmaklachten niet worden behandeld in een dermatologische/cosmetische praktijk.
- 5.4. Verzoekster heeft ten behoeve van de bemiddeling bij de Ombudsman Zorgverzekeringen een nieuwe verklaring van de arts overgelegd. Deze verklaring is opgesteld na de beslissing van 12 november 2010 waarin is medegedeeld dat de onderhavige nota niet wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af waarom verzoekster deze nieuwe verklaring niet eerder, bijvoorbeeld bij het verzoek om heroverweging, heeft aangeleverd. In de verklaring wordt immers voor het eerst "asthmatique" genoemd. Overigens wordt ook in dit stuk gesproken over een gegeneraliseerde dermatose en - wederom - van de meervoudige "pelades" oftewel kale plekken.
- 5.5. Het is verder opvallend dat in de door verzoekster meegezonden (gedeeltelijke) vertaling van voornoemde verklaring uitsluitend het punt met betrekking tot de 'dermatose' is vertaald.
- 5.6. Voorts is het de ziektekostenverzekeraar niet bekend dat bij de behandeling van astma in korte tijd veertien injecties moeten worden gegeven. Bovendien is het soort injecties dat verzoekster heeft gehad niet vermeld op de nota. Ook de receptuur en de kosten zijn niet nader gespecificeerd, zoals gewoonlijk wordt gedaan.
- 5.7. Verzoekster heeft haar stelling – dat zij is opgelicht door de betreffende arts – niet nader onderbouwd.
- 5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar voornoemde stellingen herhaald.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil zijn het niet vergoeden door de ziektekostenverzekeraar van de kosten voor de door verzoekster in Marokko genoten zorg, de opname van haar persoonsgegevens in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars en het op haar verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 250,--.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude en/of opzettelijke misleiding. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 Geen recht op vergoeding van kosten bestaat, indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft ingediend of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of anderszins heeft gehandeld met het opzet [naam ziektekostenverzekeraar] te benadelen. In een dergelijk geval vervalt het recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

lid 2 Bij een vermoeden van fraude zal [naam ziektekostenverzekeraar] ter vaststelling daarvan een onderzoek (laten) instellen. Zodanig onderzoek schort de verplichting tot uitbetaling van het verzoek om kostenvergoeding op.

lid 3 Bij een vastgestelde fraude zal [naam ziektekostenverzekeraar] aangifte doen bij Justitie en registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen alsmede een reeds uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen. (...).”

8.3. In artikel 1 van de zorgverzekering is de definitie van het begrip fraude, zoals bedoeld in de zorgverzekering, opgenomen, en deze luidt als volgt:

“Fraude: Het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.”

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Gelet op de ernstige gevolgen die een geconstateerde fraude, vanwege de daaraan te verbinden zware sanctie(s), voor een verzekerde heeft, dienen aan de bewijsvoering dienaangaande hoge eisen te worden gesteld. De ziektekostenverzekeraar kan niet volstaan met het enkel aannemelijk maken van fraude, doch dient zulks ondubbelzinnig aan te tonen.

9.2. Bij de uitleg van artikel 14 van de zorgverzekering gaat het om de betekenis die partijen daaraan in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs mochten toekennen en om hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (een en ander in voorkomend geval met inachtneming van de ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW voorgeschreven uitleg contra proferentem).

- 9.3. De bedoeling van artikel 14 van de zorgverzekering kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen, zulks met het oogmerk van fraude, van de verplichting van de verzekeringnemer tot het verschaffen aan de ziektekostenverzekeraar van alle voor de berekening van de uitkering relevante gegevens. Die verplichting en sanctie zijn neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel 14 van de zorgverzekering gebezigde terminologie “verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft ingediend of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of anderszins heeft gehandeld met het opzet [naam ziektekostenverzekeraar] te benadelen” te worden vereenzelvigd met het in lid 5 van artikel 7:941 BW geformuleerde “opzet de verzekeraar te misleiden”.
- 9.4. Het voorgaande betekent, kort gezegd, dat sprake moet zijn van een opzettelijk gegeven onjuiste voorstelling van zaken. Naar het oordeel van de commissie zijn hiervoor de volgende feiten van belang.
- 9.5. Verzoekster verbleef vanaf 5 juli 2010 gedurende vijf weken in Marokko. Zij heeft na terugkomst in Nederland de nota van 31 juli 2010 ten bedrage van 7.000,-- MAD voor veertien behandelingen van haarzelf ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 9.6. Op voornoemde nota is vermeld dat veertien sessies hebben plaatsgevonden ten bedrage van 500,-- MAD per sessie. In de verklaring van de behandelend arts van 31 juli 2010 wordt medegedeeld dat verzoekster zich tot hem heeft gewend in verband met “pelades” en “plaques peladique ...”. Zowel “pelades” als “peladique” laat zich vertalen als kaalheid of alopecia. In deze verklaring van de arts wordt geen melding gemaakt van astma, keelklachten of allergische klachten.
- 9.7. In de verklaring van de behandelend arts van 29 november 2010 – die verzoekster aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft overgelegd – wordt medegedeeld dat bij verzoekster sprake was van “une dermatose generalisée”, “asthmatique”, en “pelades multiple ...”. Er wordt evenwel niet verklaard dat verzoekster door deze arts is behandeld in verband met astma. Evenmin is uit andere stukken af te leiden dat verzoekster destijds is behandeld in verband met astma.
- 9.8. Het vorenstaande doet een wezenlijk ander beeld ontstaan omtrent de door verzoekster ter declaratie ingediende nota voor haar behandeling in Marokko in 2010 dan verzoekster wil doen voorkomen met haar verklaringen. De commissie komt tot de vaststelling dat verzoekster bij haar declaratie een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven. Uit de gang van zaken zoals die uit meergenoemde stukken naar voren is gekomen, leidt de commissie af dat verzoekster de vooropgezette bedoeling moet hebben gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Verzoekster heeft, daartoe in de gelegenheid gesteld, deze conclusie niet ontzenuwd. Dit leidt tot het oordeel dat bij verzoekster sprake is geweest van opzet, in de zin van artikel 7:941, lid 5 BW. De ziektekostenverzekeraar beroept zich terecht op het verval van verzoeksters recht op uitkering en heeft haar gegevens terecht geregistreerd bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars.
- 9.9. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar (een deel van) de onderzoekskosten, een bedrag van € 250,--, op verzoekster verhaald. Op grond van artikel 14, lid 3 van de zorgverzekering kan de ziektekostenverzekeraar bij vastgestelde fraude de onder-

zoekskosten verhalen op de verzekerde. De commissie ziet geen aanleiding de vordering voor de gemaakte onderzoekskosten ten bedrage van € 250,-- te laten vervallen.

Conclusie

9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 oktober 2012,

Voorzitter