

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F
Zaak : Mondzorg, fraude, afspraak met zorgverlener, beëindiging aanvullende verzekering, registratie in intern incidentenregister
Zaaknummer : 2011.01494
Zittingsdatum : 23 november 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G te H

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

Tevens was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten verzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren, Beter Af Vitaal Senioren Pakket en Extra Pakket zijn niet in het geding en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker komt op tegen de conclusie van de ziektekostenverzekeraar van 7 januari 2011, te weten dat hij heeft getracht de ziektekostenverzekeraar financieel te benaderen door met de behandelend tandarts af te spreken dat een behandeling die in 2010 zou worden uitgevoerd reeds in 2009 zou worden gedeclareerd. In verband hiermee wordt de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2011 beëindigd en worden zijn gegevens opgenomen in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast worden de door de tandarts rechtstreeks gedeclareerde en aan deze vergoede kosten teruggevorderd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 19 juli 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie

Zorgverzekeringen.

- 3.4. Bij brief van 2 augustus 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het opnemen van zijn gegevens in het interne incidentenregister en het beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 oktober 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 oktober 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 december 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 7 december 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker ontkent dat hij met zijn tandarts heeft afgesproken een behandeling, te weten de plaatsing van een kroon, die in 2010 zou worden uitgevoerd, reeds in 2009 te declareren. In eerste instantie was het de bedoeling de kroon in 2009 te plaatsen. Door een onvoorziene behandeling is de afspraak voor de plaatsing van deze kroon verzet naar maart 2010. De tandarts heeft echter, naar later bleek, de kosten voor de vervaardiging en de plaatsing van de kroon reeds in december 2009 gedeclareerd. Op 24 december 2009 ontving verzoeker hiervoor een 'pro-forma' nota.
- 4.2. Verzoeker veronderstelde dat de techniekkosten van de kroon voorafgaand aan de behandeling zouden worden gedeclareerd en de kosten van de behandeling pas nadat deze was uitgevoerd. Nu de kroon in 2009 is gemaakt, is het logisch dat deze kosten ook in 2009 zijn gedeclareerd. De tandarts heeft verklaard dat de gehele behandeling "over diverse medische regels uitgesmeerd diende te worden".
- 4.3. Verzoeker kreeg nadien bedenkingen over het declaratiegedrag van zijn tandarts. Daarom heeft hij positief gereageerd op het verzoek van de ziektekostenverzekeraar medewerking te verlenen aan een onderzoek naar de wijze van declareren door de tandarts. Het verbaasde verzoeker dan ook dat hij door de ziektekostenverzekeraar werd aangesproken en niet zijn tandarts.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij alle door de ziektekostenverzekeraar gevraagde informatie heeft verstrekt. Dit zou hij niet hebben gedaan als hij de ziektekostenverzekeraar had willen oplichten. Verzoeker benadrukt dat hij

er geen belang bij heeft om frauduleus te handelen. Hij is ten onrechte geregistreerd wegens fraude. Verzoeker had destijds van zijn tandarts begrepen dat een deel van de kosten van de behandeling ten laste van de verzekering van het jaar 2009 kon worden gedeclareerd.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft op 16 oktober 2009 de ziektekostenverzekeraar telefonisch gevraagd op welk bedrag hij dat jaar nog aanspraak kon maken ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft hem deze informatie verstrekt. Op 20 april 2010 heeft verzoeker wederom telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hij wenste een jaaroverzicht van de tandartskosten te ontvangen, omdat hij onenigheid had met zijn tandarts over de gemaakte kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft dit overzicht op 21 april 2010 aan verzoeker verstrekt.

5.2. Op 31 mei 2010 heeft verzoeker de tandartsnota van 19 maart 2010 ter zake van de behandeling van 4 maart 2010 ter declaratie ingediend. Met deze declaratie heeft hij een kopie van de brief van de tandarts van 1 april 2010, een kopie van zijn ongedateerde brief aan deze tandarts, een kopie van zijn brief van 5 mei 2010 aan de tandarts en een betalingsherinnering van de tandarts van 6 mei 2010 meegestuurd. Uit de brief van 5 mei 2010 van verzoeker kan worden opgemaakt dat hij in oktober 2009 met zijn tandarts heeft afgesproken de noodbrug rechtsonder te vervangen en dat deze behandeling in 2010 zou plaatsvinden. Verzoeker schrijft in deze brief: "Om maximaal te kunnen declareren, heb ik op uw verzoek [naam ziektekostenverzekeraar] om het saldo van vergoedingen over het jaar 2009 opgevraagd. Voor een kroon is dan nog 225.00 euro beschikbaar, dit bedrag zou dus gedeclareerd worden als vergoeding voor deze behandeling in 2010". Ook maakt verzoeker in deze brief melding van het feit dat hij op 24 december 2009 van zijn tandarts "een 'pro-forma' nota van € 355,- (kroon en techniek) heeft ontvangen ter zake een niet uitgevoerde behandeling (onderstreping verzekerde)."

5.3. De brief van verzoeker van 5 mei 2010 en de plaatsgevonden telefoongesprekken zijn voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding geweest nader onderzoek in te stellen naar de ingediende en vergoede declaraties over 2009. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 4 oktober 2010 verzocht een machtiging te tekenen voor het opvragen van medische informatie, aan welk verzoek hij heeft voldaan. Op 20 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar nadere informatie ingewonnen bij de behandelend tandarts. Uit de brief van 26 oktober 2010 van de tandarts en de door hem overgelegde behandelhistorie blijkt dat verzoeker de tandarts op 9 november 2009 telefonisch heeft medegedeeld dat hij voor het jaar 2009 nog een bedrag van € 385,- te besteden had. Hij mocht voor 2009 nog één kroon declareren en de verrichting kon in 2010 plaatsvinden. Op 16 december 2009 heeft de tandarts de kroon ter plaatse van element 46 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

5.4. Uit bovenstaande blijkt overduidelijk dat verzoeker in samenspraak met zijn tandarts heeft besloten een behandeling die in 2010 zou plaatsvinden alvast in 2009 te declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Dit blijkt niet alleen uit de eigen bewoordingen van verzoeker, maar ook uit het feit dat hij na ontvangst van de 'pro-forma nota' op 24

december 2009 blijktbaar geen enkele reden heeft gezien contact op te nemen met de tandarts om de nota te laten crediteren. Dit zou logisch zijn geweest nu verzoeker zelf erkent dat de behandeling niet op 16 december 2009 heeft plaatsgevonden.

- 5.5. Uit de onderhavige nota blijkt overigens niet dat sprake is van een 'pro-forma' nota, of te wel een begroting. In tegendeel, met de ontvangst van de nota van 24 december 2009 is verzoeker op de hoogte gesteld van het feit dat met behandeldatum 16 december 2009 een gegoten metalen kroon met opgebakken porselein en bijbehorende techniekkosten met een totaalbedrag van € 355,-- bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd, waarvan een bedrag van € 173,27 door de ziektekostenverzekeraar is vergoed.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar kan uit het bovenstaande geen andere conclusie trekken dan dat verzoeker met de gehele gang van zaken geen ander oogmerk had dan een hogere vergoeding te verkrijgen dan waarop hij recht had. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker nu ontkent dat een zodanige afspraak is gemaakt voor de plaatsing van de kroon en dat de behandeling in 2010 zou plaatsvinden.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit de stukken blijkt dat de kosten van een behandeling, die in 2010 zou worden uitgevoerd, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering van 2009 zijn gedeclareerd. Met de nota van 24 december 2009 is de verrichting met code R25 gedeclareerd. Deze code heeft geen betrekking op voorbereidende werkzaamheden. Daarnaast komt uit de stukken een ander beeld naar voren dan hetgeen verzoeker ter zitting schetst. Desgevraagd zegt de ziektekostenverzekeraar toe te zullen overwegen of hetgeen ter zitting door verzoeker is gesteld aanleiding geeft de registratie in het interne Incidentenregister te beëindigen.
- 5.8. Bij brief van 13 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht voornoemde registratie te handhaven. Een afschrift van deze brief is op 19 december 2011 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aantoonbaar fraude heeft gepleegd, zoals bedoeld in de polisvoorwaarden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. In de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de algemene voorwaarden die gelden voor de zorgverzekering eveneens van toepassing zijn op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 8.3. In artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de begripsomschrijving van 'fraude' opgenomen. Daarnaast worden in dit artikel de mogelijke consequenties van geconstateerde fraude vermeld. Dit artikel luidt:

*"17.1 Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.
17.2 Elk uit deze zorgverzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. 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.
17.3 Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:
a. aangifte doen bij de politie;
b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen."*

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 17 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 17 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 17 van de zorgverzekering gebezigde terminologie "te verkrijgen onder valse voorwendselen" 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. Verzoeker heeft op 16 oktober 2009 de ziektekostenverzekeraar gevraagd op welk bedrag hij op grond van de aanvullende ziekte-

kostenverzekering nog aanspraak kon maken in 2009. Met de nota van 24 december 2009 heeft de tandarts de kosten van het plaatsen van een kroon op 16 december 2009 bij verzoeker in rekening gebracht, onder aftrek van het deel van de kosten dat door de ziektekostenverzekeraar zal worden vergoed. Verzoeker schrijft in zijn brief van 5 mei 2010 aan de tandarts: "In oktober 2009 maakten wij een afspraak voor het vervangen van de noodbrug rechtsonder (46 etc). De behandeling zou plaatsvinden in 2010. Om maximaal te kunnen declareren heb ik op uw verzoek [naam ziektekostenverzekeraar] om het saldo van vergoedingen over het jaar 2009 opgevraagd. Voor een kroon is dan nog 225.00 euro beschikbaar, dit bedrag zou dus gedeclareerd worden als vergoeding voor deze behandeling in 2010." Ook schrijft hij in deze brief: "Op 24 december ontvang ik van u een pro-forma nota van 355.00 euro (kroon en techniek 355.00) U ontvangt van [naam ziektekostenverzekeraar] en ik betaal daarnaast aan u 181,73, totaal dus 355.00 voor de niet uitgevoerde behandeling. De behandelend tandarts heeft in zijn brief van 26 oktober 2010 verklaard dat verzoeker hem op 9 november 2009 heeft gebeld met de mededeling dat hij "voor het jaar 2009 nog € 385,-- te besteden had" en "hij mocht op de grens van 2009 1 kroon declareren en de verrichting kon in 2010 plaats vinden. Op 16-12-2009 heb ik de kroon tpv 46 aan de verzekering gedeclareerd."

- 9.5. Onomstreden is dat op 16 december 2009 bij verzoeker noch een kroon is geplaatst op element 46 noch op een ander element. Tevens staat vast dat de tandarts de kosten van de plaatsing van een kroon op element 46 bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie heeft ingediend waarbij 16 december 2009 als behandeldatum is vermeld. Verzoeker is hiervan door middel van de nota van 24 december 2009 op de hoogte gesteld. Met deze nota is het deel van de kosten dat niet door de ziektekostenverzekeraar is vergoed bij verzoeker in rekening gebracht.
- 9.6. De tandarts heeft een nota ingediend voor een behandeling die niet heeft plaatsgevonden. Er is dus sprake van een onware opgave. Dat het aanvankelijk de bedoeling was deze behandeling op een later tijdstip alsnog uit te voeren, is hierbij niet van belang. Uit de brief van verzoeker aan de tandarts van 5 mei 2010 en de brief van de tandarts van 26 oktober 2010 concludeert de commissie dat verzoeker en zijn tandarts hebben samengewerkt om de kosten van een behandeling, die in 2010 zou gaan plaatsvinden, reeds in 2009 te declareren ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker. Hieruit volgt dat in de onderhavige situatie sprake is van fraude als bedoeld in artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering en dat de ziektekostenverzekeraar terecht is overgegaan tot beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2011 en het opnemen van de gegevens van verzoeker in het interne incidentenregister. Ook zijn de door de tandarts rechtstreeks gedeclareerde en vergoede kosten terecht teruggevorderd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2011,

Voorzitter