

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F
Zaak : Veronderstelde fraude, registratie bij de afdeling Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, registratie interne incidentenregister, plastische chirurgie, declaratie, terugvordering uitgekeerde vergoeding, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

Zaaknummer : 2012.01141
Zittingsdatum : 29 augustus 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door 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 basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Zorg Polis Best en Tand Goed Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een buikwandcorrectie. Bij brief van 1 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster hiervoor een machtiging verleend. Deze machtiging is verleend op basis van de DBC declaratiecode 06/161208. Tevens is in de machtiging vermeld dat als de DBC declaratiecode begint met 06/16, aanspraak bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor de maximale vergoeding wordt verzoekster verwezen naar de polisvoorwaarden.
- 3.2. Verzoekster heeft de buikwandcorrectie op 12 september 2011 laten uitvoeren. De nota hiervan ten bedrage van € 4.200,- heeft zij, met een kopie van de verleende machtiging, ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Voornoemde declaratie is voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding geweest een onderzoek te starten. In het kader van dit onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar de originele machtiging bij verzoekster opgevraagd.
- 3.4. Bij brief van 26 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat op basis van het onderzoek is geconcludeerd dat sprake is van het geven van een onwaarachtige (onjuiste c.q. onvolledige) voorstelling van zaken met het oogmerk een uitkering te verkrijgen waarop geen recht bestaat. De ingediende nota wordt daarom niet vergoed. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het interne incidentenregister en in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars. Tevens worden de aanvul-

lende ziektekostenverzekeringen van verzoekster en haar meeverzekerde minderjarige zoon beëindigd met ingang van 1 januari 2012 voor de periode van vijf jaar.

- 3.5. Eind januari 2012 heeft verzoekster nogmaals de onderhavige nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop in februari 2012 een bedrag van € 2.500,-- aan verzoekster vergoed.
- 3.6. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de beslissing van 26 januari 2012 gevraagd. Bij brief van 4 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Tevens is medegedeeld dat de vergoeding van € 2.500,-- ten onrechte is uitgekeerd en dat dit bedrag van verzoekster wordt teruggevorderd.
- 3.7. Met het klachtenformulier van 24 april 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de terugvordering van de reeds uitgekeerde vergoeding in te trekken en de aanvullende ziektekostenverzekering te herstellen (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juli 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 juli 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2012 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Bij brief van 1 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster een machtiging verleend voor de door haar gevraagde buikwandcorrectie. Deze ingreep heeft op 12 september 2011 plaatsgevonden. Verzoekster heeft meerdere keren telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar over de hoogte van de vergoeding. Hierbij kreeg zij steeds wisselende informatie; de ene keer zouden de kosten, behoudens het verschuldigde eigen risico, volledig worden vergoed en de andere keer zou een bedrag van € 2.500,-- worden vergoed. Verzoekster heeft evenwel een factuur ontvangen ten bedrage van € 4.200,--. Zij heeft de betreffende nota, samen met een kopie van de verleende machtiging, ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Inmiddels is gebleken dat met deze kopie van de machtiging iets fout is gegaan. Verzoekster heeft destijds de originele machtiging aan haar (minderjarige) zoon meege-

geven om te kopiëren. Hij is het stuk aanvankelijk kwijtgeraakt en heeft dit niet aan zijn moeder verteld. Nadat hij de machtiging na een paar dagen weer had gevonden, bleek deze beschadigd te zijn, waardoor een aantal letters en cijfers niet meer was te lezen. De zoon van verzoekster heeft daarom de machtiging ingescand en op de computer enkele letters en cijfers aangepast, zodat deze weer leesbaar waren. Na het inscannen is hij de originele machtiging wederom kwijtgeraakt. Hij heeft er niet bij stilgestaan dat het aanpassen van de machtiging ernstige gevolgen zou kunnen hebben. Gezien het voorgaande heeft verzoekster geen schuld aan hetgeen is gebeurd.

4.3. Ter zitting heeft verzoekster voornoemde stellingen herhaald. Zij heeft benadrukt dat geen sprake is van opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden.

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. Op 12 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster de nota van de uitgevoerde buikwandcorrectie met daarbij een kopie van de verleende machtiging ontvangen. Voornoemde kopie kwam echter niet overeen met de machtiging zoals de ziektekostenverzekeraar deze in zijn administratie heeft opgenomen. Daarom is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart naar de declaratie.

5.2. Bij brief van 17 januari 2012 heeft het Team Speciale Zaken Zorg van de afdeling Veiligheidszaken van de ziektekostenverzekeraar verzoekster bericht dat reeds tweemaal telefonisch werd verzocht om toezending van de originele machtiging. Hieraan heeft verzoekster geen gevolg gegeven. Daarom is verzoekster voor de laatste maal verzocht dit document in te sturen. Bij uitblijven hiervan zou de ziektekostenverzekeraar zich genoodzaakt zien eenzijdig conclusies te trekken. Ook op dit laatste verzoek heeft verzoekster niet gereageerd.

5.3. Het Team Speciale Zaken Zorg heeft diverse keren zowel telefonisch als schriftelijk contact gehad met verzoekster. Eerst nadat de bevindingen van deze afdeling aan verzoekster kenbaar zijn gemaakt, heeft zij verklaard dat haar minderjarige zoon de aanpassing heeft gedaan, zonder haar hiervan op de hoogte te stellen.

5.4. Het feit dat slechts één cijfer nauwkeurig is gewijzigd in een ander cijfer, waardoor mogelijk een hogere vergoeding wordt gegenereerd, zorgt ervoor dat de ziektekostenverzekeraar de verklaring van verzoekster niet geloofwaardig acht. Overigens heeft de aangepaste DBC declaratiecode geen betrekking op een buikwandcorrectie.

5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft geen aangifte gedaan tegen verzoekster. Op landelijk niveau hebben ziektekostenverzekeraars afspraken met elkaar gemaakt om onderzoekssignalen te melden bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg van Zorgverzekeraars Nederland. Het doel van deze centrale registratie is meer zicht te krijgen in de aard en omvang van zorgfraude en meer grip te krijgen op de beheersing van fraude. Het Kenniscentrum zorgt ervoor dat dergelijke meldingen worden doorgezet naar opsporingsinstanties en/of toezichthouders. Daarnaast tracht de ziektekostenverzekeraar maatregelen zo proportioneel mogelijk op te leggen. Omdat in deze casus de fraude in de aanvullende ziektekostenverzekering heeft plaatsgevonden en het totale fraudebedrag relatief laag is, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster slechts enkele lichtere maatregelen opgelegd.

- 5.6. Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde overzicht met gespreksnotities blijkt dat verzoekster bij minstens vijf contactmomenten is verteld dat geen volledige vergoeding wordt verleend voor de buikwandcorrectie, maar een gemaximeerde vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.7. Hoewel verzoekster op de hoogte was van het feit dat het Team Speciale Zaken Zorg het dossier in behandeling had, heeft zij diverse keren contact opgenomen met andere afdelingen binnen de organisatie. De gespreksnotities geven duidelijk aan dat zij, ondanks het lopende onderzoek, ogenschijnlijk heeft geprobeerd toch een vergoeding te krijgen. Ook heeft zij meerdere keren gevraagd waarom de aanvullende ziektekostenverzekering was beëindigd. Dit heeft slechts als doel gehad een medewerker te treffen die zonder verdere vragen de aanvullende ziektekostenverzekeraar opnieuw zou activeren.
- 5.8. De dossiers van het Team Speciale Zaken Zorg zijn, vanwege de privacybelangen van de verzekerden en de vertrouwelijke inhoud ervan, niet inzichtelijk voor anderen die bij de ziektekostenverzekeraar werkzaam zijn. Verzoekster heeft hier doelbewust gebruik van gemaakt. Daarnaast heeft verzoekster eind januari 2012 nogmaals een (kopie van) de onderhavige nota ter declaratie ingediend bij de reguliere verwerkende afdeling, zonder vermelding van het feit dat haar dossier elders in behandeling was. Aangezien de reguliere verwerkende afdeling evenmin inzage heeft in de dossiers van het Team Speciale Zaken Zorg, is de declaratie in behandeling genomen en is een vergoeding van € 2.500,-- uitgekeerd. Bij de interne afwikkeling van het dossier is deze uitkering naar voren gekomen. Hierop heeft het Team Speciale Zaken Zorg onmiddellijk de terugvordering van de uitgekeerde vergoeding in gang gezet.
- 5.9. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de gehele gang van zaken een duidelijke poging is tot het – ten onrechte - verkrijgen van een volledige vergoeding van de kosten van de buikwandcorrectie.
- 5.10. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 zijn het niet (volledig) vergoeden van de gedeclareerde kosten c.q. het terugvorderen van de uitgekeerde vergoeding, de opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het interne incidentenregister en in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, en het beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekeringen van verzoekster alsmede haar meeverzekerde minderjarige zoon met ingang van 1 januari 2012 voor de periode van vijf jaar.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 2.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude, en luidt:

“Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreren in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van [naam concern].

Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;*
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).*

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

[naam ziektekostenverzekeraar] is een onderdeel van [naam concern]. Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van vijf jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) en binnen de [naam ziektekostenverzekeraar] organisatie lopende (schade)verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen schadeverzekeringen sluiten binnen [naam concern]. Onder deze schadeverzekeringen vallen ook de aanvullende zorgverzekering(en).

Wij kunnen de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.”

8.3. In de aanvullende ziektekostenverzekering is in artikel 2.4 een vergelijkbare bepaling opgenomen.

8.4. In de lijst met begripsomschrijvingen, behorende bij de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, is bepaald dat onder fraude wordt verstaan:

“het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of 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 de artikelen 2.4 van de zorgverzekering en 2.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 de artikelen 2.4 van de zorgverzekering en 2.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 de artikelen 2.4 van de zorgverzekering en 2.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering gebezigde terminologie “valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn (...)” 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 heeft een aanvraag ingediend voor een buikwandcorrectie. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 juli 2011 een machtiging verleend voor deze ingreep. Deze machtiging is verleend op basis van de DBC declaratiecode 06/161208. Tevens is in de machtiging vermeld dat als de DBC declaratiecode begint met 06/16 of 06/17, aanspraak bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Indien de DBC declaratiecode begint met 06/14 of 06/15 en de behandeling wordt uitgevoerd door een gecontracteerde zorgverlener, dan bestaat aanspraak op volledige vergoeding uit de basisverzekering. Voor de maximale vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt verzoekster verwezen naar de polisvoorwaarden. Hierin is bepaald dat aanspraak bestaat op een vergoeding van maximaal € 2.500,--.
- 9.6. Op de kopie van de machtiging, die verzoekster met de ter declaratie ingediende nota naar de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd, is een DBC declaratiecode vermeld van 06/151208. Dit is, zoals hiervoor reeds uiteengezet, een DBC-declaratiecode die aanspraak geeft op volledige vergoeding. Onweersproken is dat deze laatste DBC-code niet overeenkomt met de DBC-declaratiecode, zoals die op de door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster toegezonden originele machtiging stond vermeld.
- 9.7. Verzoekster stelt dat zij niet wist dan wel kon weten of zij aanspraak had op een volledige of gedeeltelijke vergoeding. De commissie volgt verzoekster hier niet in. Uit de DBC-declaratiecode zoals die stond vermeld op de originele machtiging blijkt duidelijk dat verzoekster op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering slechts aanspraak had op gedeeltelijke vergoeding. Daarnaast blijkt uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde overzicht van contactmomenten met gespreksnotities dat

verzoekster meerdere keren heeft gevraagd naar de hoogte van de vergoeding en dat haar toen is verteld dat deze maximaal € 2.500,-- bedraagt.

- 9.8. Vaststaat dat de wijziging van de DBC-declaratiecode is bewerkstelligd door een persoon in de directe omgeving van verzoekster en wiens gedraging in deze kan worden toegerekend aan verzoekster. Voornoemde wijziging heeft plaatsgevonden voorafgaand aan het – gelijktijdig met de nota – insturen van een kopie van de originele machtiging. Naar het oordeel van de commissie wist althans behoorde verzoekster – mede gelet op de telefonische contacten – te weten dat zij op basis van de originele machtiging geen volledige betaling zou ontvangen. bij de declaratie, i.e. inzending van de nota voor haar buikwandcorrectie en een kopie van de originele – maar op het punt van de DBC-declaratiecode aangepaste – machtiging, heeft verzoekster een onjuiste voorstelling van zaken gegeven, met gebruikmaking van een misleidende stuk. Deze gang van zaken leidt tot de conclusie dat verzoekster de vooropgezette bedoeling moet hebben gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Derhalve is bij verzoekster sprake 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, heeft terecht de aanvullende ziektekostenverzekeringen van verzoekster en haar meeverzekerde minderjarige zoon beëindigd, en heeft terecht haar gegevens geregistreerd in het interne incidentenregister en bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars.

Conclusie

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

Zeist, 12 september 2012,

Voorzitter