

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Buitenland, fraude, neuscorrectie in Libanon
Zaaknummer : 2010.02689
Zittingsdatum : 27 juli 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk 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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 FNV en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster komt op tegen de conclusie van de ziektekostenverzekeraar van 24 november 2010, te weten dat zij heeft getracht de ziektekostenverzekeraar financieel te benadelen door een onjuiste voorstelling van zaken te geven over de redenen voor het ondergaan van een operatie in Libanon. In verband hiermee wordt de betreffende nota niet vergoed; worden de (externe) onderzoekskosten ten bedrage van € 1.725,50 op verzoekster verhaald; zijn haar gegevens opgenomen in het interne incidentenregister, en is het voorval geregistreerd bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 2 juli 2010 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij ongedateerde brief, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) ontvangen op 14 februari 2011, heeft verzoekster de commissie verzocht

te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte tot de conclusie is gekomen dat sprake is van fraude. Voorts heeft zij verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het op haar verhalen van de onderzoekskosten, alsmede van het opnemen van haar gegevens in het interne incidentenregister en registratie bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars. Tot slot vordert verzoekster dat de kosten van de onderhavige ingreep alsnog worden vergoed (hierna: het verzoek).

- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 juni 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 juni 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 juli 2011 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster is op 27 juli 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft op 11 augustus 2010, tijdens haar vakantie in Libanon, een neusoperatie ondergaan. De nota's van deze ingreep heeft zij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op het declaratieformulier heeft zij verklaard dat zij als gevolg van benauwdheid en duizeligheid van de trap is gevallen. Hierdoor is zij in coma geraakt, heeft zij haar neus gebroken, en is haar mond beschadigd. Zij is met spoed naar het ziekenhuis gebracht en aldaar geopereerd. Verzoekster heeft twee nachten in het ziekenhuis doorgebracht.
- 4.2. Naar aanleiding van de ingediende declaraties is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart.
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij telefonisch contact heeft opgenomen met de betreffende arts. Deze heeft verklaard dat de ziektekostenverzekeraar zijn woorden heeft verdraaid. Verzoekster had in 2010 wel degelijk haar neus gebroken en de chirurgische ingreep was daarom noodzakelijk. De betreffende arts heeft destijds geen valse verklaring opgemaakt.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft voorafgaand aan het onderzoek medegedeeld dat de kosten van het onderzoek ongeveer € 1.000,-- zouden bedragen. Achteraf blijken deze kosten ongeveer € 1.725,50 te bedragen. Verzoekster stelt dat vooraf geschatte kosten hoger kunnen uitvallen, maar een overschrijding van € 725,50 vindt zij buiten proporties.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster zich door haar echtgenoot laten vertegenwoordigen. Hij heeft benadrukt dat verzoekster weldegelijk aan haar neus is geopereerd. Als de ziektekostenverzekeraar van oordeel is dat de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen, moet deze de declaratie gewoon afwijzen. Hij vindt het echter niet terecht dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster een boete heeft opgelegd.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op het declaratieformulier heeft verzoekster vermeld dat zij, als gevolg van een aanval van benauwdheid en duizeligheid, van een hoge trap is gevallen en dat zij direct daarna naar een ziekenhuis is vervoerd, alwaar zij naar een operatiekamer is gebracht. Voorts verklaarde zij dat zij buiten bewustzijn was tot na de operatie. In de eerste verklaring van de betreffende arts wordt gesproken van een gebroken neus. Er wordt echter niets vermeld over het buiten bewustzijn raken van verzoekster. In het medisch rapport wordt slechts vermeld dat verzoekster een chirurgische ingreep aan haar neus heeft ondergaan.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft een onderzoek ingesteld naar de ter declaratie ingediende nota. De betreffende arts heeft verklaard dat de medische rapporten echt zijn en door hem zijn uitgegeven in augustus 2010. Deze documenten waren echter niet bedoeld ter ondersteuning van een verzekeringsclaim. Op verzoek van verzoekster heeft de arts een rapport gemaakt waarin staat dat de operatie het gevolg was van een gebroken neus. Dit was echter niet het geval.
- 5.3. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat bij een acuut trauma van de neus doorgaans geen directe chirurgie plaatsvindt. Normaliter wordt afgewacht tot de eventuele zwelling en/of bloeding afgenomen dan wel verdwenen is. Nadien wordt beoordeeld of een chirurgische correctie door de KNO-arts moet plaatsvinden bij eventueel aanwezige functionele klachten of plastisch chirurgische correctie bij eventueel cosmetische bezwaren.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoekster door het indienen van de onderhavige nota en de door haar afgelegde verklaring een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven en een onware opgave heeft gedaan.
- 5.5. Bij brief van 24 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de kosten van het onderzoek voor haar rekening zouden komen. Verzoekster heeft op 5 oktober 2010 een verklaring daartoe ondertekend. Nu uit het onderzoek is gebleken dat de claim niet op waarheid berust, komen de onderzoekskosten ten bedrage van € 1.725,50 voor rekening van verzoekster. De hoogte van deze kosten is altijd moeilijk in te schatten. De ziektekostenverzekeraar kan vooraf geen exacte bedragen noemen, omdat hij niet weet welke kosten de onderzoeker moet maken en hoeveel tijd een en ander in beslag neemt.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet betwist wordt dat verzoekster een neusoperatie heeft ondergaan. Verzoekster heeft echter gesteld dat de ingreep spoedeisend zou zijn. Een neusoperatie is echter zelden spoedeisend, laat staan dat ook nog sprake is van een coma. Dit was voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding een onderzoek te starten. Uit het onderzoek is

gebleken dat sprake is van een opzettelijke onjuiste voorstelling van zaken. De kosten van het onderzoek zijn op verzoekster verhaald. Er is geen sprake van een opgelegde boete.

- 5.7. 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 verzoekster aantoonbaar fraude heeft gepleegd, zoals bedoeld in de polisvoorwaarden, en of de ziektekostenverzekeraar in reactie daarop gerechtigd was tot de genomen maatregelen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. Artikel B9 van de zorgverzekering bepaalt dat voor niet-spoedeisende, intramurale zorg in het buitenland voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist en luidt, voor zover hier van belang:

“Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. (...) Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”

- 8.3. Artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude, en luidt als volgt:

“Als u of de verzekeringnemer [naam ziektekostenverzekeraar] opzettelijk misleidt, vervallen uw rechten. U krijgt dan geen vergoeding. [naam ziektekostenverzekeraar] beëindigt al uw verzekeringen. Wat [naam ziektekostenverzekeraar] eventueel al heeft betaald, aan u of rechtstreeks aan een zorgaanbieder, moet u terugbetalen. Ook moet u de onderzoekskosten aan [naam ziektekostenverzekeraar] betalen. [naam ziektekostenverzekeraar] doet aangifte en uw gegevens worden geregistreerd. Dat gebeurt in de registers volgens het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars.”

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 A24 van de algemene voorwaarden 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 preferentem).
- 9.3. De bedoeling van artikel A24 van de algemene voorwaarden 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 inmiddels ook neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebezigde terminologie “opzettelijk misleidt” 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. Verzoekster verbleef van 31 juli tot en met 18 augustus 2010 in Libanon. Op 11 augustus 2010 is zij aldaar aan haar neus geopereerd. Verzoekster heeft na terugkomst in Nederland de nota's die verband houden met voornoemde ingreep ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Door het onderzoeksbureau van de ziektekostenverzekeraar is vastgesteld dat deze nota's origineel zijn.
- 9.5. Verzoekster heeft gesteld dat de gebroken neus, waaraan zij is geopereerd, het gevolg was van een ongeval. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het verloop van de behandeling, zoals door verzoekster is omschreven, niet in overeenstemming is met de gebruikelijke gang van zaken bij de behandeling van een gebroken neus. De stellingen van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar zijn door verzoekster niet dan wel onvoldoende weersproken.
- 9.6. Verzoekster heeft voorts gesteld dat zij in coma is geraakt door het ongeval en dat zij pas weer bijkwam nadat de ingreep had plaatsgevonden. Deze stelling wordt echter niet onderschreven door de door verzoekster overgelegde verklaring van de behandelend arts. Deze heeft noch melding gemaakt van een comateuze toestand van verzoekster noch van het feit dat verzoekster niet bij bewustzijn zou zijn geweest. Indien verzoekster in coma dan wel bewusteloos in het ziekenhuis zou zijn binnengebracht, ligt het voor de hand dat de arts zich in eerste instantie richt op het achterhalen van de oorzaak hiervan en pas daarna op de behandeling van de gebroken neus.
- 9.7. Verzoekster heeft op het declaratieformulier verklaard dat zij twee nachten in het ziekenhuis heeft verbleven. Op de door verzoekster overgelegde verklaring van de

betreffende arts, waarop ook de kosten van de ingreep staan vermeld, wordt evenwel geen melding gemaakt van (de kosten van) een ziekenhuisopname.

- 9.8. De commissie concludeert dat het geheel van vorenstaande feiten in onderling verband gezien een wezenlijk ander beeld doet ontstaan omtrent de situatie van verzoekster ten tijde van de onderhavige ingreep dan verzoekster heeft doen willen voorkomen met haar verklaringen en antwoorden als bovenvermeld. De commissie komt daarmee tot het oordeel dat verzoekster bij haar declaratie een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven. Op basis van de gang van zaken zoals die uit meergenoemde stukken naar voren is gekomen, komt de commissie verder tot het oordeel dat aan verzoeksters handelen de vooropgezette bedoeling ten grondslag moet hebben gelegen tot misleiding van de ziektekostenverzekeraar. Dit leidt tot de verdere conclusie dat bij verzoekster tevens sprake is geweest van opzet, in de zin van bovengenoemd artikel 7:941, lid 5 BW als vereiste voor verval van recht op uitkering.
- 9.9. Nu sprake is van fraude in de zin van artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering mocht de ziektekostenverzekeraar overgaan tot het treffen van de onder 3.1 genoemde maatregelen. Daartoe behoort ook het verhalen van de onderzoekskosten op verzoekster. Nog daargelaten dat door verzoekster niet aannemelijk is gemaakt dat haar door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat deze kosten het bedrag van € 1.000,-- niet zouden overschrijden, valt niet in te zien waarom aan zodanige kosten een bepaalde limiet zou moeten worden verbonden. Als gezegd, dient de ziektekostenverzekeraar de gestelde fraude ondubbelzinnig aan te tonen. Dit betekent dat hij, in geval van een vermoeden van fraude, fors zal moeten investeren in het onderzoek om de feiten boven tafel te krijgen, waarbij hij het risico op zich neemt dat de onderzoekskosten voor zijn rekening blijven indien er toch geen sprake blijkt te zijn van een 'harde' zaak.

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, 17 augustus 2011,

Voorzitter