



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Veronderstelde fraude, neuscorrectie Turkije, registratie in het interne Incidentenregister
van de ziektekostenverzekeraar, registratie in het Centraal Informatiesysteem, vordering
onderzoekskosten

Zaaknummer : 201400054

Zittingsdatum : 18 februari 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 7:941 BW)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 OZF Zorgpolis (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 AV Royaal en Tand Royaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft in 2012, na haar terugkeer in Nederland, een nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar ter zake van door haar genoten medische zorg tijdens haar verblijf in Turkije.
- 3.2. Bij brief van 10 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voornoemde declaratie nog niet kan worden verwerkt, omdat hiervoor meer informatie nodig is. Verzoekster is daarom verzocht het meegestuurde 'Declaratieformulier Ziektekosten Buitenland' in te vullen en te retourneren. Verzoekster heeft dit formulier ingevuld, ondertekend op 12 augustus 2012, en aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.3. Bij brief van 19 september 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld over te weinig informatie te beschikken om haar declaratie te verwerken. Verzoekster wordt daarom verzocht het meegestuurde 'Toelichtingenformulier Betreffende Ziektekosten Buitenland', alsmede de twee meegestuurde machtigingen 'Yetki' en 'Authorization Letter' in te vullen en te ondertekenen. Verzoekster heeft dit formulier en de twee machtigingen op 22 oktober 2012 ingevuld en ondertekend. Zij heeft hierbij aangetekend dat zij alleen toestemming verleent voor het opvragen van informatie ter zake van de rhinoplastiek.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 oktober 2012 per e-mail aanvullende vragen gesteld aan verzoekster. Verzoekster heeft deze vragen op 31 oktober 2012 beantwoord.

- 3.5. Op 28 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de betreffende declaratie is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat de declaratie niet waarheidsgetrouw is en dat verzoekster opzettelijk heeft getracht de ziektekostenverzekeraar te misleiden. De declaratie wordt daarom afgewezen. Daarnaast zal de ziektekostenverzekeraar tot 31 december 2020 geen zorgverzekering voor verzoekster activeren. De ziektekostenverzekeraar zal nooit meer een aanvullende ziektekostenverzekering ten behoeve van verzoekster activeren. Verder zijn de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het interne Incidentenregister en is een melding gedaan bij de Stichting Centraal Informatiesysteem (hierna: CIS). Tevens worden de onderzoekskosten van € 1.179,49 op verzoekster verhaald.
- 3.6. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.7. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.8. Met het door verzoekster op 1 oktober 2014 ingevulde klachtenformulier heeft zij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gedeclareerde kosten te vergoeden, haar gegevens te verwijderen uit het interne Incidentenregister, de melding van voornoemde registratie ongedaan te maken, en af te zien van het vorderen van de gemaakte onderzoekskosten (hierna: het verzoek).
- 3.9. 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.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 december 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 december 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 december 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 februari 2015 per e-mail medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.12. Verzoekster is op 18 februari 2015 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is van 5 tot en met 31 juli 2012 in Turkije geweest. Tijdens haar verblijf aldaar heeft zij een rhinoplastiek ondergaan. Na terugkeer in Nederland heeft verzoekster de nota van deze ingreep ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op het 'Declaratieformulier Ziektekosten Buitenland', dat op 12 augustus 2012 is ondertekend, heeft verzoekster verklaard dat zij het benauwd had en dat zij met name 's avonds problemen had met ademen. Verder heeft verzoekster aangekruist dat sprake is geweest van een ziekenhuisopname, dat hiervan geen melding is gedaan bij alarmcentrale Eurocross, en dat de betreffende medische hulp niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Ter toelichting heeft verzoekster verklaard dat zij al een tijdje klachten had, maar dat er volgens haar huisarts niets aan de hand was. Tijdens de vakantie verdubbelden de klachten echter, waardoor deze voor haar ondraaglijk werden. Zij heeft daarom een arts geconsulteerd. Deze heeft na onderzoek vastgesteld dat het kraakbeen van de neus was gebarsten, waardoor haar ademhaling werd belemmerd. Verzoekster heeft zich nog diezelfde week laten opereren, omdat zij niet langer kon wachten. Verzoekster is op 23 juli 2012 geopereerd. Na de operatie kreeg zij koorts, waardoor zij twee dagen in het ziekenhuis moest blijven. Als gevolg hiervan heeft zij de

terugreis moeten uitstellen van 26 juli naar 31 juli 2012. Verzoekster merkt hierbij op dat als zij zich toen niet had laten opereren, het zeker nog maanden zou hebben geduurd voordat zij van haar klachten zou zijn afgeholpen.

Verzoekster heeft de operatie niet gemeld bij Eurocross. Zij heeft eerder tijdens haar vakantie contact gehad met de alarmcentrale over een andere klacht. Hierbij is haar toen verteld dat de alarmcentrale voor spoedgevallen is bedoeld, en dat het een paar dagen kon duren voordat de ziektekostenverzekeraar goedkeuring zou geven. Verzoekster is bij die gelegenheid aangeraden de kosten zelf te betalen en deze daarna te declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft zich aan dit advies gehouden.

- 4.2. Nadat de ziektekostenverzekeraar verzoekster had geschreven meer informatie nodig te hebben voor de afhandeling van de ingediende declaratie, heeft zij op 22 oktober 2012 het 'Toelichtingformulier Betreffende Ziektekosten Buitenland' ingevuld en ondertekend. Hierop heeft zij verklaard dat zij van 7 tot en met 31 juli 2012 in Turkije verbleef. Verder heeft zij verklaard dat zij de volgende klachten had: "last met ademhaling, benauwd, niet kunnen slapen". Zij heeft de betreffende arts aan het begin van de vakantie geconsulteerd voor een andere klacht, maar voor de klachten waarop het geschil betrekking heeft, is zij eerst op 20 juli 2012 bij hem geweest. Verzoekster machtigt de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar tot inzage van eventuele medische rapporten die van belang kunnen zijn. Zij heeft op deze machtiging bijgeschreven dat de toestemming alleen ziet op informatie met betrekking tot de rhinoplastiek.
- 4.3. In het e-mailbericht van 16 maart 2013 schrijft verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar haar niet verantwoordelijk kan houden voor het onvoldoende nauwkeurig zijn van de factuur. Verzoekster kreeg bij het verlaten van de kliniek een factuur waarop een bedrag stond dat tweemaal zo hoog was als haar voorafgaand aan de behandeling was verteld. Zij mocht de kliniek pas verlaten nadat zij het volledige bedrag had voldaan. In deze situatie kon zij de factuur niet goed bestuderen. Zelfs als zij dit wel had kunnen doen, dan nog zou zij niet hebben geweten dat de factuur onvoldoende informatie bevatte voor de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Bij brief van 4 april 2014 heeft verzoekster verklaard dat de door haar gedeclareerde kosten alleen betrekking hebben op de rhinoplastiek. Zij heeft in het betreffende ziekenhuis ook andere behandelingen ondergaan, maar deze zijn verder niet relevant voor de in het geding zijnde kwestie, omdat zij deze kosten niet heeft gedeclareerd. Verzoekster zou de onderhavige kosten nooit hebben gedeclareerd als deze operatie niet het gevolg was van de ademhalingsproblemen. Omdat zij voor deze operatie toch onder narcose moest, heeft verzoekster de arts gevraagd tijdens de operatie het puntje van de neus "iets puntig" te maken. Na de ingreep heeft de arts verzoekster gevraagd hoe zij al die tijd heeft kunnen ademen, omdat haar neus behoorlijk dicht zat. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden het verwijderde kraakbeen op te sturen, maar deze is niet ingegaan op dit aanbod. Inmiddels heeft verzoekster het verwijderde kraakbeen weggegooid.
- 4.5. In het op 1 oktober 2014 ingevulde klachtenformulier benadrukt verzoekster dat zij niet heeft gefraudeerd. Het stempel dat zij door de ziektekostenverzekeraar krijgt opgedrukt, valt haar erg zwaar. Zij heeft nooit de intentie gehad de ziektekostenverzekeraar te benadelen. Zij meent recht te hebben op vergoeding van de kosten van de rhinoplastiek, omdat deze is verricht op medische gronden. Verzoekster verklaart dat de ingreep weliswaar niet spoedeisend was, maar dat het voor haar wèl zo voelde. Zij wilde zo snel mogelijk van haar klachten worden verlost. Sinds de bestreden beslissing is verzoekster erg depressief. Zij durft niet meer naar buiten, omdat zij denkt dat iedereen haar als fraudeur ziet. Ook slaapt zij hierdoor erg slecht.
- 4.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar een ongedateerde verklaring van de behandelend arts gezonden. In haar - eveneens ongedateerde - begeleidend schrijven stelt verzoekster dat de arts in deze verklaring een verkeerde datum heeft genoemd. Hij heeft de datum vermeld waarop zij voor het eerst is ingeschreven in het ziekenhuis. Zij is op 6 juli 2012 in dit ziekenhuis bij een andere arts geweest in verband met de klachten die zij aan haar been had. Pas op 20 juli 2012 heeft zij deze arts geconsulteerd in verband met haar ademhalingsklachten. De arts schrijft dat

verzoekster zich tot hem had gewend met klachten die betrekking hadden op het niet goed kunnen ademen en pijn in de neus. "She was accepted to our hospital on 06.07.2012 and examined by protocol no. 1123801. She had been operated 16 years ago else where due to similar complaints and told that she felt good for a while but after a couple of years the complaints came back and she had to visit several doctors. During her examination, severe internal nasal valve insufficiency and also conchal hypertrophy was observed. During the operation septoplasty and tip rhinoplasty was performed and reconstruction of internal nasal valve was performed. Thus a functional reconstruction was achieved. Postoperative period was uneventful and the patient was discharged with full satisfaction."

4.7. Ter zitting heeft verzoekster de eerder door haar aangevoerde standpunten herhaald.

4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster is op 5 juli 2012 naar Turkije afgereisd. Op 6 juli 2012 heeft zij de behandelend arts bezocht. Uit zijn rapport blijkt dat verzoekster zich tot hem heeft gewend vanwege een deformiteit van de neus en de benen. Verzoekster had zestien jaar eerder rhinoplastische chirurgie ondergaan in verband met ademhalingsproblemen en een deformiteit van de neus. Nu klaagde zij over de vorm van de neus en benen. Als behandeling is voorgesteld een rhinoplastiek en lipide injectie voor herstel van de deformiteit. Door de behandelend arts wordt melding gemaakt van het feit dat bij lichamelijk onderzoek is gebleken dat de ademhaling van verzoekster normaal is en dat zij geen pijn ondervindt.

5.2. Verzoekster is op 23 juli 2012 geopereerd. Uit het operatieverslag blijkt dat zij geen (nieuwe) klachten heeft gemeld met betrekking tot de ademhaling door haar neus. Opnieuw is bij lichamelijk onderzoek vastgesteld dat haar ademhaling normaal was, dat zij normaal functioneerde en dat geen sprake was van pijn. Voorts blijkt uit het operatieverslag dat ingrepen aan de wenkbrauwen, de neus en de benen van verzoekster hebben plaatsgevonden.

5.3. Verzoekster heeft de nota van 25 juli 2012 ter zake van de rhinoplastiek ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op het door haar op 12 augustus 2012 ingevulde 'Declaratieformulier Ziektekosten Buitenland', heeft verzoekster vermeld dat zij het benauwd had, en - met name 's nachts - moeilijk kon ademen. Verzoekster heeft hierbij verklaard dat zij al een tijdje klachten had, maar dat de huisarts haar had gezegd dat er niets aan de hand was. Voorts heeft zij verklaard dat de medische zorg niet kon worden uitgesteld tot na haar terugkeer in Nederland. In Turkije waren haar klachten verdubbeld, waardoor de pijn voor verzoekster ondraaglijk was geworden. Er is sprake geweest van een ziekenhuisopname, maar hiervan heeft verzoekster geen melding gedaan bij Eurocross.

Op voornoemde nota staat niet alleen een rhinoplastiek vermeld, maar ook een "Deformite onarimi için yag enjeksiyonu". De ziektekostenverzekeraar concludeert op basis hiervan dat aan verzoekster ook kosten in rekening zijn gebracht voor een ongecompliceerde neuscorrectie en herstel van een deformiteit door middel van een vetinjectie.

Naar aanleiding van de betreffende declaratie is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart.

5.4. Om informatie te kunnen opvragen bij de behandelend arts heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster verzocht een machtiging hiertoe te ondertekenen. Verzoekster heeft op deze machtiging toegevoegd dat zij alleen toestemming geeft voor het verstrekken van informatie met betrekking tot de rhinoplastiek.

5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft een onderzoeksagent ter plaatse onderzoek laten verrichten. Deze heeft de behandelend arts gesproken. De behandelend arts heeft tegenover de onderzoeksagent verklaard dat verzoekster klaagde over de vorm van haar neus en benen.

- 5.6. In het kader van het onderzoek is aan verzoekster een 'Toelichtingformulier betreffende ziektekosten buitenland' gestuurd. Dit heeft zij op 19 september 2012 ingevuld en geretourneerd. Hierop heeft zij als verblijfsperiode 7 tot en met 31 juli 2012 vermeld. Vanwege "last met de ademhaling, benauwd, niet kunnen slapen" heeft zij zich gewend tot de eerder genoemde arts. Vóór haar vertrek naar Turkije was verzoekster niet onder behandeling voor deze klachten. Volgens haar hebben de behandelingen plaatsgevonden op 20 en 23 juli 2012. Verzoekster vermeldt hierbij dat zij aan het begin van haar vakantie bij deze arts is geweest voor een andere klacht. Eerst op 20 juli 2012 is zij voor voornoemde klachten naar de arts teruggegaan. Als reden dat zij niet heeft gewacht met het zoeken van hulp tot na terugkeer in Nederland meldt verzoekster: "Ik was erg benauwd en kon moeilijk ademen en slapen. Het zou zeker nog minimaal drie maanden duren voordat ik in Nederland geholpen zou worden. Voordat ik bij een specialist kom en geholpen wordt."
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij Eurocross navraag gedaan naar het telefonisch contact dat destijds heeft plaatsgevonden. Uit de door Eurocross overgelegde telefoonnotitie blijkt dat verzoekster op 9 juli 2012 heeft gebeld, omdat zij last had van dikke benen die erg pijnlijk waren. Verzoekster was toen al naar een kliniek geweest. Hier heeft de arts haar verteld dat sprake was van slijtage aan de knieën en dat er veel vet moest worden weggehaald. De arts wilde opereren. De medewerker van Eurocross heeft verzoekster verteld dat dit klinkt als geplande zorg. Voorts staat in de notitie vermeld: "ik probeer [verzoekster] al een beetje erop voor te bereiden dat het afgewezen wordt". In een brief van Eurocross van 1 juli 2013 is vermeld dat naast de neuscorrectie "een liposuctie van de knieën [is] gedaan, liposuctie aan een kant van de knieën om dan met gewonnen vet te injecteren aan de andere kant, ook vanwege afwijkende vort. Dr. Kutla kwalificeert deze ingreep als cosmetisch."
- 5.8. Op 19 november 2013 is verzoekster, in het kader van het onderzoek, telefonisch gehoord door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft tijdens dit gesprek verklaard dat destijds bij onderzoek was gebleken dat het kraakbeen van de neus gebarsten was, waardoor haar ademhaling werd belemmerd. Zij heeft deze operatie niet gemeld bij Eurocross, omdat zij een week eerder al had gebeld in verband met andere klachten. De alarmcentrale heeft haar tijdens dat gesprek geadviseerd de kosten zelf te betalen, omdat de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft met het ziekenhuis in Turkije. Voorts heeft verzoekster verklaard dat de operatie wel uitgesteld had kunnen worden tot na terugkeer in Nederland, maar dat het dan veel langer zou hebben geduurd. De operatie was niet spoedeisend en er was geen sprake van een levensbedreigende situatie. In reactie op de verklaring van de behandelend arts - dat verzoekster behandelingen aan haar benen heeft ondergaan die cosmetisch van aard waren en die op haar verzoek zijn uitgevoerd - stelt verzoekster dat zij niet aan haar benen is geopereerd.
- 5.9. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier bestudeerd. In zijn advies van 3 februari 2014 schrijft hij dat de twee op de nota vermelde bedragen betrekking hebben op een ingreep aan de neus en op een verrichting aan de wenkbrauwen. Hoe het totaalbedrag verder is samengesteld, is niet duidelijk. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een neuscorrectie indien sprake is van: (i) een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, in dit geval een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid, of (ii) een verminking die het gevolg is van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting, of (iii) een aangeboren misvorming van het benig aangezicht of van een lip-, kaak- en/of gehemeltepleet. Er is niet gebleken dat is voldaan aan één van deze voorwaarden. Verzoekster verklaart weliswaar dat zij last had van een neuspassagestoornis, maar uit niets blijkt dat dit niet op een andere wijze kon worden verholpen, bijvoorbeeld door het gebruik van neusdruppels of antihistamine. Van de beide andere indicaties was bij verzoekster ten tijde van de behandeling zeker geen sprake. Hierbij wordt opgemerkt dat het in de onderhavige situatie nooit een spoedbehandeling betreft. Anders is dit ingeval van bijvoorbeeld een gebroken neus. Daarnaast heeft de medisch adviseur op 3 februari 2014 gesproken met de huisarts van verzoekster. Deze heeft bevestigd dat verzoekster, voorafgaand aan haar verblijf in Turkije, niet onder behandeling was in verband met neusklachten.

- 5.10. De ziektekostenverzekeraar is niet gebleken van een medische indicatie voor de door verzoekster ondergane neusoperatie. Hoewel verzoekster stelt dat sprake was van gebarsten kraakbeen dat haar ademhaling belemmerde, wordt dit niet bevestigd door de informatie van de behandelend arts.
- 5.11. Verzoekster stelt verder dat zij alleen vergoeding van de kosten van de neusoperatie heeft geclaimd bij de ziektekostenverzekeraar. Gelet op de nota van het ziekenhuis is dit niet correct. Ook de kosten van de ingreep aan haar benen zijn namelijk met deze nota bij verzoekster in rekening gebracht. Zij heeft de volledige nota bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend.
- 5.12. Verzoekster heeft bevestigd dat de ingreep aan haar neus kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Aangezien verzoekster op 26 juli 2012 naar Nederland zou terugkeren, bevreedt het de ziektekostenverzekeraar dat zij tot een operatie aan haar neus op 23 juli 2012 heeft besloten. Verzoekster heeft verklaard dat zij na de operatie koorts kreeg, waardoor zij haar terugreis moest uitstellen tot 31 juli 2012. Voorts heeft verzoekster verklaard dat, als zij de operatie niet had laten uitvoeren, zij het misschien voor elkaar had gekregen om in Nederland verwezen te worden naar een KNO-arts. Volgens haar zou het in dat geval zeker maanden hebben geduurd voordat zij zou zijn geopereerd. Ook uit deze verklaring volgt dat de ingreep aan haar neus, die op 23 juli 2012 heeft plaatsgevonden, niet spoedeisend was.
- 5.13. Verzoekster heeft er alle belang bij te doen voorkomen alsof de ingreep, die op 23 juli 2012 heeft plaatsgevonden, spoedeisende zorg betrof. Alleen in dat geval heeft zij immers aanspraak op een vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Voor geplande, plastisch chirurgische zorg had verzoekster voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig. Uitgaande van het feit dat verzoekster niet heeft aangetoond dat zij op 23 juli 2012 een indicatie had voor plastische chirurgie, zou zij geen toestemming hebben gekregen voor deze ingreep.
- 5.14. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat verzoekster onder meer een cosmetische ingreep aan haar neus heeft ondergaan. Ten aanzien van deze behandeling en haar bezoeken aan de behandelend plastisch chirurg op 6 en 23 juli 2012 heeft zij onvolledige en tegenstrijdige verklaringen afgelegd. De ziektekostenverzekeraar is daarom van oordeel dat verzoekster met opzet een misleidende voorstelling van zaken heeft gegeven met als doel een financieel voordeel te verkrijgen waarop geen recht bestaat. Gezien het voorgaande is sprake van verzekeringsfraude.
- 5.15. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering - die ingevolge de inleiding van de aanvullende ziektekostenverzekering ook geldt voor deze verzekering - 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 door de ziektekostenverzekeraar niet vergoeden van de door verzoekster in Turkije gemaakte (zorg)kosten, de opname van haar persoonsgegevens in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, de melding hiervan bij het CIS, en het op verzoekster verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 1.179,49.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 20 van Deel A van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude en/of opzettelijke misleiding. Dit artikel luidt:

“20.1 Algemeen

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.

20.2 Verval van recht op vergoeding

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien u (verzekeringnemer) en/of verzekerde en/of een bij 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 de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk 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.

20.3 Gevolgen

Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:

- Aangifte doen bij de politie.
- De verzekeringsovereenkomst beëindigen.
- Registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen.
- Uitgekeerde vergoedingen en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.”

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

"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 verzekeraar."

8.4. In artikel 16 van Deel A van de zorgverzekering is de aanspraak op geneeskundige noodhulp buiten het woonland geregeld. Dit artikel luidt:

"In medische noodsituaties buiten het woonland kan beroep worden gedaan op de door OZF aangewezen alarmcentrale Eurocross. Een opname in een zorginstelling in het buitenland dient zo spoedig mogelijk (binnen 48 uur) aan Eurocross te worden gemeld. Onder woonland wordt verstaan het land waar men zich metterwoon heeft gevestigd voor een periode van langer dan 3 maanden. Eurocross is 24 uur per dag bereikbaar voor het melden van opnames en voor adviezen of hulp in noodsituaties, verstrekt betalingsgaranties bij opnames, onderhoudt contact met de verzekerde, familie en behandelende artsen, verzendt geneesmiddelen die ter plaatse niet verkrijgbaar zijn, organiseert en verzorgt repatriëring van de patiënt naar zijn woonland en organiseert het vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde naar het woonland. De kosten van repatriëring die niet geschiedt in opdracht van of in overleg met en onder goedkeuring van Eurocross, blijven voor rekening van de verzekerde.

De ziektekosten uitgaande boven het dekkingsmaximum van deze polis blijven voor rekening van de verzekerde. Voor zover deze kosten door Eurocross zijn betaald, worden deze geacht voor rekening van de verzekerde te zijn betaald en wordt verzekerde geacht aan OZF een volmacht tot automatische incasso te hebben verleend van de voor zijn rekening betaalde onverzekerde kosten."

8.5. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de

ziekttekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.6. In de aanhef van Deel A van de aanvullende ziekttekostenverzekering is bepaald dat de artikelen 1 tot en met 22 van Deel A van de zorgverzekering ook van toepassing zijn op de aanvullende ziekttekostenverzekering.

8.7. Artikel 8 van Deel A van de aanvullende ziekttekostenverzekering regelt de mogelijkheid van onderzoek naar de rechtmatigheid en doelmatigheid van ingediende nota's door de ziekttekostenverzekeraar. Dit artikel luidt:

"Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde) van ingediende nota's overeenkomstig hetgeen daarover voor de OZF Zorgpolis is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet."

8.8. Artikel 15 van de aanvullende ziekttekostenverzekering bepaalt wanneer sprake is van aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

" 15.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan in het woonland. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van de OZF Zorgpolis aanspraak hebben op spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- *Behandeling door een huisarts of medisch specialist.*
 - *Ziekenhuisopname en operatie.*
 - *Door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen.*
- (...)*

Voorwaarden

- *De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de OZF Zorgpolis zouden zijn vergoed.*
 - *De zorg is verleend door lokaal erkende zorgverleners.*
 - *Het verblijf in en/of de reis naar het buitenland had niet ten doel het ondergaan van de medische behandeling.*
 - *U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via Eurocross Assistance.*
- (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Op grond van artikel 7:941 lid 5 BW vervalt het recht op uitkering indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 van genoemd artikel niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt. Lid 5 is ingevolge artikel 7:943 lid 2 BW van dwingend recht, en hier kan derhalve niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken.

9.2. Gezien de vèrstrekkende gevolgen van een geslaagd beroep van de ziekttekostenverzekeraar op de verval van recht-sanctie, dienen hoge eisen te worden gesteld aan de gronden die een zodanig beroep rechtvaardigen. Dit geldt evenzeer voor de andere denkbare sancties ingeval van

verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister (EVR), beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekering, alsmede verhaal van de onderzoekskosten.

- 9.3. In artikel 20 van Deel A van de zorgverzekering is het volgende bepaald: "Fraude is het onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons." Het hier gestelde kan naar het oordeel van de commissie worden vereenzelvigd met het in artikel 7:941 lid 5 BW geformuleerde "opzet de verzekeraar te misleiden".
- 9.4. Het is aan de ziektekostenverzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen – en bij betwisting door de wederpartij – te bewijzen waaruit het bestaan van bedoelde opzet blijkt, zoals bijvoorbeeld de omstandigheid dat verzoekster (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd teneinde de ziektekostenverzekeraar op het verkeerde been te zetten.
- 9.5. In dat verband zijn de volgende feiten en omstandigheden van belang.
- 9.6. Verzoekster verbleef van 5 tot en met 31 juli 2012 in Turkije. Aldaar is zij op 23 juli 2012 geopereerd. Op 12 augustus 2012 heeft zij de nota van deze operatie ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op deze nota, gedateerd op 25 juli 2012, staan twee verrichtingen vermeld: "Rinoplasti komplike olmayan, greft kulla" en "Deformite onarimi için yag enjeksiyonu". Voor de eerste verrichting is TRY 8.230,45 in rekening gebracht en voor de tweede verrichting TRY 1.028,81. Op het declaratieformulier heeft verzoekster het totaalbedrag van TRY 10.000,-- genoemd en hierbij vermeld dat het een "rinoplast. operatie" betreft. Verder heeft zij verklaard dat de medische hulp niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Verzoekster heeft hierbij vermeld dat zij al een tijdje klachten had, maar dat deze tijdens de vakantie waren verdubbeld, waardoor de situatie voor haar ondraaglijk was geworden. Verzoekster heeft de op 23 juli 2012 uitgevoerde verrichtingen en de bijbehorende ziekenhuisopname niet gemeld bij Eurocross.
- 9.7. Uit het medisch rapport van het Turkse ziekenhuis blijkt dat verzoekster aldaar was opgenomen van 23 tot 25 juli 2012. In dit rapport wordt vermeld dat verzoekster klaagde over de vorm van haar neus en haar benen. Verder wordt vermeld: "respiratory system: Normal" en "Pain: No pain". Als behandeling wordt voorgesteld: "Rhinoplasty, Lipid injection to repair deformity". Vervolgens wordt de 'operation note' vermeld. Hierin is het volgende verklaard: "After required preparation the eyebrows are suspended bilaterally by subcutaneous 2/0 prolene. To prevent and repair the nasal depression remaining from previous surgery, a cartilage graft is taken from nasal septum and replaced. Tip rhinoplasty is performed. Tamponade and gypsum done. The lipid graft taken from bilateral knee medial and trochanter via liposuction is injected to back and the skewed part of the knee to fill and correct the deformities. The operation is ended by dressing the lesion". Hieruit blijkt dat niet alleen een rhinoplastiek heeft plaatsgevonden.
- 9.8. De behandelend arts heeft tegenover de onderzoeksagent van de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de rhinoplastiek is uitgevoerd om de normale functie van de neus te herstellen, maar dat de liposuctie en vetinjectie op cosmetische gronden hebben plaatsgevonden. Voorts heeft hij verklaard dat de behandeling niet spoedeisend was, en had kunnen wachten tot verzoekster was teruggekeerd naar Nederland.
- 9.9. Verzoekster heeft gesteld dat de nota van 25 juli 2012 alleen betrekking heeft op de ingreep aan haar neus. De nota vermeldt echter nog een tweede verrichting, te weten "Deformite onarimi için yag enjeksiyonu". Verzoekster heeft de kosten van beide verrichtingen ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Uit de 'operation note' van het medisch rapport van het Turkse ziekenhuis blijkt dat de kosten van de tweede verrichting betrekking hebben op een vetinjectie in de knie van verzoekster, bedoeld om een misvorming te corrigeren. Aangezien verzoekster de ziektekostenverzekeraar alleen toestemming heeft gegeven om informatie op te vragen die

betrekking heeft op de rhinoplastiek, heeft de ziektekostenverzekeraar geen navraag kunnen doen naar dit deel van de door verzoekster gedeclareerde kosten.

- 9.10. Aanvankelijk heeft verzoekster gesteld dat de ingreep spoedeisend was. Uit de verklaringen van de arts alsmede uit het operatieverslag blijkt echter dat dit niet het geval was. Verzoekster heeft dit later ook toegegeven. Daarnaast is onduidelijk of verzoekster daadwerkelijk last heeft gehad van ademhalingsproblemen, aangezien hiervan in het medische rapport geen melding wordt gemaakt. De behandelend arts heeft achteraf wel gesteld dat sprake was van functionele klachten. De huisarts van verzoekster heeft verklaard dat verzoekster voor haar vertrek naar Turkije in 2012 niet onder behandeling was in verband met ademhalingsklachten. Verzoekster heeft in haar brief van 4 april 2014 toegelicht dat zij de behandelend arts heeft gevraagd tijdens de operatie het puntje van haar neus "iets puntig" te maken. Ook de gedeclareerde rhinoplastiek heeft dus op zijn minst deels op cosmetische gronden plaatsgevonden. Verzoekster heeft hier vóór 4 april 2014 geen melding van gemaakt.
- 9.11. Verzoekster heeft een nota van TRY 10.000 ter declaratie ingediend, die grotendeels betrekking heeft op een neuscorrectie en voor het overige op vetinjecties. De kosten betreffen enerzijds een niet-spoedeisende en anderzijds een cosmetische behandeling van zowel de neus als de benen. Niet is komen vast te staan dat verzoekster een (verzekerings)indicatie had voor de ingrepen. Voorts heeft verzoekster niet voorafgaand aan de ingrepen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft - op de vraag van de ziektekostenverzekeraar waarom de neusoperatie niet uitgesteld kon worden tot terugkeer in Nederland - op 31 oktober 2012 verklaard: "Ik heb aangegeven dat ik Nederland niet meteen behandeld kon worden"; en voorts: "Er werd mij aangeraden om in het algemeen als ik financieel de kosten zelf kon voorschieten ik dat maar moest doen. Want om toestemming te krijgen van de zorgverzekeraar kon wel een of een paar dagen duren". Hieruit blijkt dat verzoekster ervan op de hoogte was dat zij voorafgaand aan de ingrepen daarvoor toestemming diende te vragen. Door (a) zonder valide reden niet met de ingrepen te wachten tot terugkeer in Nederland, alwaar had kunnen worden onderzocht of er een (verzekerings)indicatie was voor de ingrepen, (b) terwijl in het telefoongesprek op 9 juli 2012 met Eurocross aan verzoekster is medegedeeld dat de aanvraag voor wat betreft de benen c.q. de knieën zal worden afgewezen, en (c) toestemming tot nader onderzoek te weigeren waardoor verzoekster niet de openheid van zaken heeft gegeven die in een situatie als de onderhavige van haar mag worden verwacht, rijst het vermoeden dat verzoekster met (voorwaardelijke) opzet heeft getracht de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Daartoe in de gelegenheid gesteld heeft verzoekster deze conclusie niet ontzenuwd.
- 9.12. De vraag is vervolgens of deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat dien zij de ingreep aan haar neus zou hebben uitgesteld tot na terugkeer in Nederland, het nog zeker drie maanden zou hebben geduurd voordat zij zou worden geholpen. Dit argument kan, gelet op het voorgaande, niet overtuigen.
- 9.13. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was de in artikel 7:941 lid 5 BW opgenomen sanctie, te weten verval van het recht op uitkering toe te passen. Hetzelfde geldt voor twee andere sancties, namelijk opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister en de melding hiervan bij de CIS.
- 9.14. De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast besloten tot beëindiging van de onderhavige zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering. In artikel 20 van Deel A van de zorgverzekering is geregeld dat fraude tot gevolg kan hebben dat de verzekeringsovereenkomst wordt beëindigd. Dit artikel is, conform de aanhef van Deel A van de aanvullende ziektekostenverzekering, ook op deze verzekering van toepassing. De ziektekostenverzekeraar was, gelet op voornoemde bepalingen en het bepaalde in artikel 7:940 lid 3 BW, gerechtigd tot beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster te besluiten.



9.15. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar de door hem gemaakte onderzoekskosten op verzoekster verhaald. Gezien hetgeen hiervoor is overwogen, mocht de ziektekostenverzekeraar hiertoe overgaan.



Conclusie



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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 11 maart 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo

