

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F en G te H
Zaak : Veronderstelde fraude, misleidende informatie, medisch specialis-
tische zorg, terugvorderen van de uitgekeerde vergoeding, beëin-
diging van de aanvullende ziektekostenverzekering, uitsluiting van
de aanvullende verzekering voor de duur van vijf jaar, registratie
in het (interne) Incidentenregister en kennisgeving van fraude bij
het Verbond van Verzekeraars

Zaaknummer : 2012.00092
Zittingsdatum : 13 juni 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, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

1) E te F, en

2) G te H,

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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid en [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengezond 500 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een hersteloperatie van een eerder uitgevoerde sterilisatie (hierna: de aanspraak).
- 3.2. Bij brief van 6 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat onderzoek heeft uitgewezen dat hij een vervalste nota heeft ingediend. Tevens is aan verzoeker medegedeeld dat de uitgekeerde vergoeding wordt teruggevorderd; de aanvullende ziektekostenverzekering wordt beëindigd; verzoeker voor de duur van vijf jaar geen aanvullende verzekering kan afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar; de gegevens van verzoeker worden geregistreerd in het (interne) Incidentenregister, en het Verbond van Verzekeraars op de hoogte wordt gesteld van de geconstateerde fraude.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 10 januari 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte tot de conclusie is gekomen dat sprake is van fraude (hierna: het ver-

zoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 29 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 april 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 21 en 23 mei 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 23 november 2010 de mogelijkheden voor een hersteloperatie na een sterilisatie besproken met een arts van het Medisch Centrum Alkmaar (MCA). Deze arts heeft hem verteld dat een dergelijke operatie mogelijk is, maar dat deze ingreep duur is en niet door iedere verzekeraar wordt vergoed. Aangezien de toenmalige verzekeraar van verzoeker deze kosten niet vergoedde, is hij per 1 januari 2011 overgestapt naar de ziektekostenverzekeraar. In overleg met het MCA is de ingreep uitgesteld tot begin 2011.
- 4.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar, voorafgaand aan het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, uitgebreid ingelicht over de reden van zijn overstap. Tevens heeft hij expliciet bij de ziektekostenverzekeraar nagevraagd of de onderhavige kosten worden vergoed, zelfs als hij pas korte tijd zou zijn verzekerd. Hem is verteld dat dit geen probleem was en dat de kosten van de ingreep worden vergoed.
- 4.3. De ingreep heeft op 30 maart 2011 plaatsgevonden. Verzoeker heeft daarna de nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding echter afgewezen, omdat het eerste contact met het ziekenhuis op 23 november 2010 heeft plaatsgevonden en deze datum ook op de nota staat vermeld. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar met de vraag of de datum op de nota kan worden veranderd. Tijdens dit gesprek is hem verteld dat de nota niet kan worden aangepast. Hem is geadviseerd de datum zelf te veranderen, omdat de nota dan wel zou worden vergoed. Verzoeker heeft dit advies opgevolgd.
- 4.4. Verzoeker valt niets te verwijten. Hij is tegenover alle partijen volstrekt helder geweest over zijn intenties. Verzoeker erkent dat hij de datum op de nota heeft aangepast met het oogmerk de behandeling vergoed te krijgen. Dat om die reden sprake is van fraude, met alle zeer negatieve gevolgen van dien, ontkent hij echter ten stelligste. Daarenboven zijn de door de ziektekostenverzekeraar getroffen maatregelen disproportioneel en hebben deze vérstrekkende en ongewenste gevolgen voor verzoeker.

- 4.5. Met de bestreden beslissing is verzoeker voor het eerst in kennis gesteld van de toepassing van DBC's en het feit dat volgens de DBC-systematiek de datum waarop het eerste gesprek met de arts heeft plaatsgevonden doorslaggevend is. Verzoeker is hiervan niet eerder op de hoogte gesteld. Ware dit wel het geval geweest, dan zou hij niet zijn overgestapt naar de ziektekostenverzekeraar, maar bij zijn oude verzekeraar zijn gebleven.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Vaststaat dat verzoeker de onderhavige nota heeft aangepast. Volgens verzoeker heeft hij de datum op de nota veranderd op advies van een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Dit is zeer onaannemelijk, omdat dit tegen alle basisprincipes van een verzekering ingaat. Er is geen medewerker van de ziektekostenverzekeraar die een verzekerde zou adviseren een nota te vervalsen teneinde een vergoeding te verkrijgen. Uit de contactregistraties blijkt ook niet dat een dergelijk advies is gegeven.
- 5.2. Verzoeker heeft op 22 juni 2011 de nota voor de hersteloperatie digitaal ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op 28 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van deze kosten afgewezen. Op 30 juni 2011 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gebeld. Verzoeker is toen medegedeeld dat de nota is afgewezen vanwege de ingangsdatum (in 2010) van de DBC. Voor de toerekening van een DBC aan een verzekering(sjaar) is immers de openingsdatum van de DBC bepalend. Verzoeker was in 2010 bij een andere verzekeraar verzekerd. Op 4 juli 2011 heeft verzoeker opnieuw een digitale declaratie ingediend voor het bedrag van € 3.097,26. Op de bijgevoegde nota wordt als openingsdatum van de DBC 30 maart 2011 vermeld. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 2.466,62 aan verzoeker vergoed. Op 11 juli 2011 heeft de partner van verzoeker de ziektekostenverzekeraar gebeld om te vragen waarom de kosten niet volledig zijn vergoed. Op dat moment bleek dat de op 4 juli 2011 ingediende nota betrekking had op dezelfde DBC als de eerder door verzoeker ingediende en door de ziektekostenverzekeraar op 28 juni 2011 afgewezen nota.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van het bovenstaande navraag gedaan bij het MCA. Het MCA heeft de ziektekostenverzekeraar bij mailbericht van 18 juli 2011 medegedeeld dat hij alleen de eerste nota – met als openingsdatum van de DBC 23 november 2010 – heeft verstuurd. Daarnaast heeft het MCA verklaard dat op 4 juli 2011 telefonisch aan de partner van verzoeker is medegedeeld dat het MCA de begindatum niet kan wijzigen, omdat in Nederland wordt gewerkt met DBC's. Tevens is verteld dat de kosten eventueel worden vergoed door de verzekeraar waar verzoeker ten tijde van de opening van de DBC verzekerd was.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 11 augustus 2011 geïnformeerd over het onderzoek naar de onderhavige declaratie. Verzoeker is schriftelijk verzocht een verklaring te geven over de afwijking tussen de nota's die hij heeft ingezonden op 22 juni 2011 en 4 juli 2011. Verzoeker heeft hierop bij mailbericht van 14 september 2011 gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft hem bij brief van 6 oktober 2011 bericht over de uitkomst van het onderzoek en de gevolgen hiervan. Verzoeker heeft

hierop bij mailbericht van 10 oktober 2011 gereageerd. Hij is door de ziektekostenverzekeraar niet mondeling gehoord in het kader van het onderzoek.

- 5.5. Hoewel verzoeker stelt dat hij te goeder trouw was, wordt dit – zoals blijkt uit het bovenstaande – niet gestaafd door zijn handelen.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.25 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 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. Op grond van artikel A.6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering kan de verzekering worden beëindigd als de verzekerde zich tegenover de ziektekostenverzekeraar schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging.
- 8.3. Artikel A.15.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat de verzekerde verplicht is de juiste informatie te verstrekken aan de ziektekostenverzekeraar. In dit artikel is tevens bepaald wat de gevolgen kunnen zijn van het verstrekken van onjuiste informatie. Dit artikel luidt als volgt:

“U bent verplicht ons juiste informatie te geven en ons te helpen bij het verkrijgen van alle gewenste informatie. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave of weigert u ons uw medewerking, dan hebben wij de volgende mogelijkheden:

- a. wij beëindigen uw verzekering en u hebt daarom geen enkele aanspraak meer op dekking van zorg;*
- b. wij vorderen alle vergoedingen die u van ons ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;*
- c. u moet de kosten betalen voor het onderzoeken van de opzettelijke misleiding;*
- d. wij registreren u in ons incidentenregister;*
- e. wij registreren u in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;*
- f. wij doen aangifte bij de politie;*
- g. wij zullen gedurende een periode van vijf jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe verzekering weigeren.*

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.”

- 8.4. Artikel A.16.4. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is een materiële controle uit te voeren. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de afwikkeling van uw verzekering en uw gegevens in onze administratie. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk “Protocol materiële controle” en het landelijk “Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen”. U bent verplicht er uw medewerking aan te verlenen.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de ernstige gevolgen die een geconstateerde fraude c.q. misleiding, 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 c.q. misleiding, doch dient zulks ondubbelzinnig aan te tonen.
- 9.2. Bij de uitleg van artikel A.15.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 artikel A.15.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen, zulks met het oogmerk van fraude c.q. misleiding, 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 A.15.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering gebezigde terminologie “Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave ...” 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 moet komen vast te staan dat verzoeker opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of heeft willen geven. De bewijslast dienaangaande ligt bij de ziektekostenverzekeraar.
- 9.5. De commissie constateert dat tussen partijen niet in geschil is dat verzoeker de datum van de behandeling zelf op de betreffende nota heeft gewijzigd. Verzoeker heeft – mede gezien de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotitie – niet aannemelijk gemaakt dat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar hem dit daadwerkelijk heeft geadviseerd, waarbij de commissie opmerkt dat een dergelijk advies weinig ook voor de hand ligt omdat voor de vergoeding van medisch specialistische zorg de datum waarop de DBC wordt geopend bepalend is. Van dit laatste, alsmede van de mogelijkheid voor het ziekenhuis een eventueel foutieve datum te wijzi-

gen, was verzoeker op de hoogte gezien de verklaring van het MCA met betrekking tot het gesprek met verzoekers partner op 4 juli 2011. Naar aanleiding van het feit dat verzoekers partner het ziekenhuis op 4 juli 2011 heeft gevraagd de openingsdatum van de DBC te wijzigen, kan nog worden opgemerkt dat het onwaarschijnlijk is dat verzoeker van de kant van de ziektekostenverzekeraar in een eerder stadium is geadviseerd deze zelf aan te passen. Immers, indien hij hiervoor al toestemming had verkregen van de ziektekostenverzekeraar, had hij voor de wijziging de medewerking van het MCA niet meer nodig.

- 9.6. Doordat verzoeker de behandeldatum op de betreffende nota heeft gewijzigd in 30 maart 2011 heeft verzoeker een voordeel van € 2.466,32 ondervonden.
- 9.7. Alles overwegende komt de commissie tot het oordeel dat verzoeker bij het indienen van de nota op 4 juli 2011 een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, doordat hij de behandeldatum op de nota heeft gewijzigd in 30 maart 2011. Op basis van de gang van zaken zoals die uit eerder genoemde stukken naar voren is gekomen, komt de commissie verder tot het oordeel dat aan verzoekers handelen de vooropgezette bedoeling ten grondslag moet hebben gelegen tot misleiding van de ziektekostenverzekeraar. Dit leidt tot de conclusie dat bij verzoeker tevens sprake is geweest van opzet, in de zin van artikel 7:941, lid 5 BW, als vereiste voor verval van het recht op uitkering.
- 9.8. Nu gebleken is dat verzoeker een misleidend stuk heeft ingediend zoals bedoeld in artikel A.15.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, mocht de ziektekostenverzekeraar overgaan tot het treffen van de onder 3.2 genoemde maatregelen.

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, 13 juni 2012,

Voorzitter