

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D en E, beide te F

Zaak : Veronderstelde fraude, registratie bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, registratie in het incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, buitenlandnota, declaratie, vordering onderzoekskosten

Zaaknummer : 2012.02805

Zittingsdatum : 17 juli 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,

tegen

1) D en

2) E beide te F,

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 [naam ziektekostenverzekeraar] 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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft op 28 september 2010 een nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar ten bedrage van 30.250 SYP, voor de aan haar verleende medische zorg gedurende haar verblijf in Syrië in 2010.

3.2. Op 22 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de claim uit 2010 frauduleus is. Met het indienen van de nota en de hierbij afgelegde verklaring is een verkeerde voorstelling van zaken gegeven en een onware opgave gedaan. Daarom wordt deze nota niet vergoed. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars alsmede in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar. Tevens wordt een bedrag van € 853,94 voor de gemaakte onderzoekskosten bij verzoekster in rekening gebracht.

3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 29 juni en 19 juli 2011 en 26 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 26 februari 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten alsnog dient te vergoeden, moet afzien van de vordering van de onderzoekskosten en de registraties ongedaan moet maken (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. Nadat de ziektekostenverzekeraar niet binnen de gestelde termijn had gereageerd, heeft de commissie hem op 14 mei 2013 een herinnering gezonden en is de ziektekostenverzekeraar een termijn van zeven dagen verleend voor het alsnog indienen van zijn reactie op de onderhavige kwestie. Hierbij is vermeld dat als binnen deze nadere termijn geen reactie is ontvangen, de commissie ervan uitgaat dat de ziektekostenverzekeraar geen gebruik wil maken van de geboden mogelijkheid nader commentaar te leveren.
- 3.8. Nadat de in 3.7 vermelde nadere termijn was verstreken, zonder dat een reactie van de ziektekostenverzekeraar werd ontvangen, heeft de commissie verzoekster bij brief van 23 mei 2013 hiervan op de hoogte gesteld en haar medegedeeld dat de procedure wordt voortgezet, uitgaande van de op dat moment in het dossier aanwezige stukken.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 mei 2013 alsnog zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 mei 2013 aan verzoekster gezonden, waarbij haar is medegedeeld dat zij hierop tijdens de hoorzitting kan reageren.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 juni 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 juli 2013 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Verzoekster is op 17 juli 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster verbleef van 29 juli tot en met 15 september 2010 in Syrië. Op 27 augustus 2010 is zij van de trap op de grond gevallen en heeft zij letsel aan haar neus opgelopen. Hierdoor bloedde haar neus en had zij problemen met haar ademhaling. Verder had zij geen kwetsuren. Haar vader heeft haar naar het ziekenhuis gebracht. Aldaar bleek dat de neus van verzoekster was gebroken en dat het tussenschot scheef stond. Het tussenschot is daarom operatief rechtgezet.
- 4.2. De zus van verzoekster heeft op 1 en 3 september 2010 telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar doorgegeven dat verzoekster tijdens haar verblijf in Syrië was gevallen en daarom een neusoperatie had ondergaan. Dat deze gesprekken hebben

plaatsgevonden blijkt uit de (telefonie)gebruiksspecificaties die verzoekster heeft overgelegd.

- 4.3. Verzoekster is na de ingreep op controle geweest bij de Syrische arts. Na terugkomst in Nederland is zij niet naar een (huis)arts geweest voor een vervolgbehandeling of controle.
- 4.4. Verzoekster vindt het opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar, ondanks het feit dat sprake is van geringe kosten voor een in het buitenland ondergane operatie, veronderstelt dat sprake is van fraude. De ziektekostenverzekeraar heeft zonder daadwerkelijke aanleiding besloten een onderzoek te verrichten naar de rechtmatigheid van de nota. Het is verzoekster niet duidelijk waarom dit is gebeurd. De ziektekostenverzekeraar zal aan de hand van een overzicht van de uitgevoerde onderzoeken duidelijk moeten maken welk beleid hij met betrekking tot dit soort zaken voert ten einde te kunnen beoordelen of hij hierbij niet discriminatoir handelt.
- 4.5. Degene die het onderzoek heeft verricht en de uitkomsten heeft teruggekoppeld aan het onderzoeksbureau heeft geen medische expertise, hetgeen door de behandelend arts al werd verondersteld. De vragen die hem werden gesteld gaven blijk van een gebrek aan specialistische kennis, terwijl dit juist in deze casus van belang is. De onderzoeker heeft vastgesteld dat verzoekster van 27 tot en met 29 augustus 2010 is behandeld in een bestaand ziekenhuis en dat zij het gedeclareerde bedrag daadwerkelijk in Syrische ponden heeft betaald. Het zou alleen niet duidelijk zijn geworden of sprake was van een ongeval. Dit kan ook niet, aangezien de onderzoeker geen vragen in die richting heeft gesteld. Het is onduidelijk op grond waarvan de onderzoeker tot de conclusie is gekomen dat hoogstwaarschijnlijk sprake is geweest van een cosmetische ingreep die is gepresenteerd als een trauma. Voorts stelt de onderzoeker dat de door verzoekster geclaimde operatie niet heeft plaatsgevonden en dat een septumplastiek niet meteen na een trauma wordt uitgevoerd, maar op een later tijdstip. Het is verzoekster onduidelijk waar de onderzoeker deze deskundigheid vandaan heeft. Deze komt in ieder geval niet overeen met de medische praktijken zoals die in Nederland worden uitgevoerd.
- 4.6. Het neustussenschot wordt alleen rechtgezet indien de ademhaling wordt gehinderd. De betreffende ingreep kan niet worden beschouwd als een cosmetische ingreep, aangezien deze uiterlijk geen veranderingen geeft. Uit de door verzoekster overgelegde foto's blijkt dat het uiterlijk van haar neus niet is veranderd.
- 4.7. Indien verzoekster eerder ademhalingsklachten zou hebben gehad, zou zij hiervoor in Nederland medische zorg hebben gezocht. De behandeling zou in dat geval door de ziektekostenverzekeraar niet als cosmetische ingreep zijn beschouwd.
- 4.8. Het is volstrekt onaannemelijk dat verzoekster gedurende een korte vakantie in Syrië een aantal dagen in het ziekenhuis doorbrengt voor een operatie die ook zonder problemen in Nederland had kunnen plaatsvinden, aangezien de ziektekostenverzekeraar kennelijk ervan uitgaat dat het neustussenschot al scheef stond. De behandelend arts heeft verklaard dat geen sprake was van een cosmetische ingreep.
- 4.9. Verzoekster heeft de casus voorgelegd aan een medisch adviesbureau. De hieraan verbonden medisch adviseur heeft verklaard dat het absoluut niet ongebruikelijk is na een fractuur van het neusbeen direct te opereren om het hematoom bij het neustus-

senschot te draineren. Indien dit niet wordt gedaan, zou een ontsteking kunnen ontstaan met als gevolg een verdere vervorming.

- 4.10. Er is geen verslag van de spoedeisende hulp van het ziekenhuis, aangezien het een kleine kliniek betreft waar enkele artsen werken. Verzoekster is ter plekke onderzocht en er zijn röntgenfoto's gemaakt. Vervolgens is besloten de onderhavige ingreep uit te voeren. De röntgenfoto's zijn meegegeven aan de vader van verzoekster, die deze in zijn koffer heeft opgeborgen. Helaas zijn tijdens de terugreis naar Nederland twee koffers verloren gegaan, onder andere de koffer waarin de röntgenfoto's zaten. Verzoekster heeft bewijsstukken overgelegd van de vermissing van de koffers.
- 4.11. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de conclusie – dat sprake was van een cosmetische ingreep – van het door de ziektekostenverzekeraar ingeschakelde onderzoeksbureau niet dan wel onvoldoende is gemotiveerd. Mede daarom zijn de stellingen van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende onderbouwd.
- 4.12. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 oktober 2010 van verzoekster een declaratieformulier en begeleidingsformulier ziektekosten buitenland met bijlagen ontvangen, met betrekking tot een neusoperatie - als gevolg van een gebroken neus - die heeft plaatsgevonden in Syrië. Aangezien het rechtzetten van het neustussenschot als spoedzorg is gedeclareerd, en dit nooit een spoedeisende ingreep is, is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart naar deze declaratie. Aan het onderzoek ligt dus geen – zoals door verzoekster is gesuggereerd – discriminatoire reden ten grondslag. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich ten aanzien van deze suggestie overigens af hoe hij had kunnen weten dat verzoekster van allochtone afkomst is.
- 5.2. In het kader van dit onderzoek is verzoekster door de ziektekostenverzekeraar uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek. Aangezien de ziektekostenverzekeraar daarna nog steeds twijfelde aan de rechtmatigheid van de ingediende declaratie, is verzoekster verzocht om toestemming voor een aanvullend onderzoek. Verzoekster heeft hiertoe een door haar op 28 januari 2011 ondertekende verklaring aan de ziektekostenverzekeraar geretourneerd.
- 5.3. Het door de ziektekostenverzekeraar ingeschakelde onderzoeksbureau stelt in zijn rapport van 16 maart 2011 vast dat de ter declaratie ingediende factuur echt is en dat de hierop vermelde bedragen kloppen en zijn betaald. Het is evenwel niet duidelijk geworden of een ongeval heeft plaatsgevonden. Wel is gebleken dat sprake was van een cosmetische ingreep. Hoogstwaarschijnlijk is deze cosmetische ingreep gepresenteerd als een trauma. Er zijn namelijk twee dagen ziekenhuisopname geweest, hetgeen niet is vereist voor het stoppen van een bloeding als gevolg van een gebroken neus. De genoemde operatie heeft niet plaatsgevonden. Een septumplastiek (reconstructie van het neustussenschot) wordt namelijk niet meteen na een trauma uitgevoerd, maar op een later tijdstip. De reden hiervan is dat het noodzakelijk is dat er voldoende tijd is voor het botgenezingsproces en de samenhechting van de botfragmenten voordat een cosmetische correctie wordt uitgevoerd.

- 5.4. Volgens verzoekster is zij van een trap gevallen en heeft zij hierbij haar neus gebroken. Daarom was een onmiddellijke ingreep noodzakelijk. In het ziekenhuis stelt men evenwel niet te weten of sprake was van een ongeval. Zelfs als een ongeval de aanleiding zou hebben gevormd – hetgeen de ziektekostenverzekeraar uitdrukkelijk betwist – dan zal gewoonlijk niet meteen een ingreep volgen, maar wordt na een periode waarin het bot kan herstellen gekeken of een ingreep noodzakelijk is. Er wordt door de Syrische arts geen enkele reden gegeven waarom een spoedingreep noodzakelijk was. Door de Syrische arts is bevestigd dat een cosmetische ingreep heeft plaatsgevonden.
- 5.5. Uit de stukken blijkt niet eenduidig of en, zo ja, welke ingreep heeft plaatsgevonden. Uit het door verzoekster overgelegde medical rapport van 29 augustus 2010 lijkt te kunnen worden opgemaakt dat slechts een ‘emergency treatment’ heeft plaatsgevonden en dat operatie van het septum nasi in een later stadium zou moeten volgen. Uit de nota blijkt echter dat die laatste ingreep wel is uitgevoerd.
- 5.6. Er was geen sprake van een situatie waarin plastische chirurgie nodig was vanwege een lichamelijke stoornis. Daarom bestaat geen aanspraak op (vergoeding van) plastische chirurgie.
- 5.7. Aangezien is gebleken dat het een cosmetische ingreep betrof en niet een ingreep als gevolg van een gebroken neus, heeft verzoekster geprobeerd de ziektekostenverzekeraar te misleiden door een onjuiste verklaring af te leggen.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat een correctie van het neustussenschot na een val van een trap geen spoedoperatie is. Indien noodzakelijk kan het neustussenschot na een trauma worden rechtgezet, maar dit gebeurt dan met de hand en poliklinisch. De door verzoekster gedeclareerde ingreep heeft niet plaatsgevonden zoals door verzoekster is gesteld. Daarom is sprake van fraude.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil zijn het niet vergoeden door de ziektekostenverzekeraar van de kosten voor de door verzoekster in Syrië genoten zorg, de opname van haar persoonsgegevens in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars alsmede in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, en het op haar verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 853,94.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. Artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude en/of opzettelijke misleiding. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“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 proferentem).
- 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 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 moet komen vast te staan dat verzoekster opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of heeft willen geven. De bewijslast dienaangaande ligt bij de ziektekostenverzekeraar.
- 9.5. Vast staat dat verzoekster van 27 tot en met 29 augustus 2010 opgenomen is geweest in een Syrisch ziekenhuis en dat zij aldaar medische zorg heeft genoten. Voor deze zorg heeft zij een bedrag van 30.250 SYP betaald.
- 9.6. Verzoekster heeft verklaard dat de onderhavige opname en ingreep het gevolg zijn van een ongeval. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hetgeen uit de nadere toelichting van de Syrische arts naar voren komt en het verloop van de behandeling, zoals deze door verzoekster is omschreven, niet in overeenstemming zijn met de gebruikelijke gang van zaken bij de behandeling van een gebroken neus. Verzoekster heeft de stellingen van (de medisch adviseur van) de ziektekostenverzekeraar gemo-

tiveerd weersproken, onder overlegging van een verslag van een door haar ingeschakelde medisch adviseur.

- 9.7. Het is niet uit te sluiten dat verzoekster destijds is gevallen en dat zij zich met letsel heeft gemeld in het ziekenhuis. Evenmin is uit te sluiten dat de behandelend arts haar heeft gezegd dat zij meteen geopereerd moet worden. Voorts blijkt uit het onderzoek van het door de ziektekostenverzekeraar ingeschakelde onderzoeksbureau niet waarop de conclusie dat "hoogst waarschijnlijk" een cosmetische ingreep heeft plaatsgevonden, is gebaseerd.
- 9.8. De door de ziektekostenverzekeraar gestelde feiten en omstandigheden zijn, gelet op de gemotiveerde betwisting door verzoekster, onvoldoende om daaruit de conclusie te kunnen trekken dat zij opzettelijk de verzekeraar heeft willen misleiden of heeft misleid. Niet is komen vast te staan dat verzoekster met de onderhavige declaratie de opzet heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden met als beweegreden zodoende een (hogere) vergoeding te verkrijgen.
- 9.9. Dit leidt tot de conclusie dat de door de ziektekostenverzekeraar, vanwege de veronderstelde fraude getroffen maatregelen, niet terecht waren en dat deze daarom met terugwerkende kracht dienen te worden ingetrokken.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.11. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 7 augustus 2013,

Voorzitter