



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden

Zaak : Veronderstelde fraude, Togo, terugvordering vergoedingen, registratie in het interne Incidentenregister van de zorgverzekeraar, registratie in het Extern Verwijzingsregister (EVR)

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2014 en 2017, artt. 10 en 11 Zvw

Zaaknummer : 201801209

Zittingsdatum : 14 augustus 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( G.R.J. de Groot, drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en H.A.J. Kroon)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,

tegen

FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 1 maart 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 20 juni 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 24 juni 2019 aan verzoeker gezonden.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 augustus 2019 gehoord.

2.4. Tijdens de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld alsnog de verklaring van de arts uit Togo over te leggen. Hij is daarnaast in de gelegenheid gesteld alsnog te reageren op de geluidsopname die is gemaakt van het gesprek tussen hem en de ziektekostenverzekeraar van 13 februari 2018. Verzoeker heeft hiervan geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in de jaren 2014 en 2017 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Basisverzekering (naturapolis) (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Verzoeker heeft in 2017, na een verblijf in de Republiek Togo, een nota voor een ziekenhuisopname ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. De kosten hiervan zijn door de zorgverzekeraar vergoed. De zorgverzekeraar is later in 2017 een onderzoek gestart naar de rechtmatigheid van de gedeclareerde nota. In dit onderzoek is ook een in 2014 door verzoeker gedeclareerde nota voor een ziekenhuisopname in de Republiek Togo betrokken.

De zorgverzekeraar heeft in dit kader aanvullende informatie opgevraagd bij verzoeker. Daarnaast is, met toestemming van verzoeker, een onderzoeksbureau ingeschakeld om ter plaatse nader onderzoek te verrichten. Op 13 februari 2018 heeft in het kader van het onderzoek een telefoongesprek plaatsgevonden tussen twee medewerkers van de afdeling Speciale Zaken en verzoeker .

3.3. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 8 maart 2018 aan verzoeker meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat verzoeker door het insturen van valse/valselijk opgemaakte documenten/rekeningen heeft geprobeerd de zorgverzekeraar financieel te benadelen. Voorts heeft de zorgverzekeraar geconcludeerd dat verzoeker aan hem een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven over de ziekenhuisopnamen in Togo in 2014 en 2017. De zorgverzekeraar legt de volgende maatregelen op:

- de uitgekeerde vergoedingen moeten door verzoeker worden terugbetaald;
- de zorgverzekeraar zal verzoeker tot 31 december 2023 niet accepteren voor een zorgverzekering;
- de zorgverzekeraar zal verzoeker in de toekomst niet accepteren voor een aanvullende ziektekostenverzekering;
- de zorgverzekeraar verhaalt de gemaakte onderzoekskosten ad € 572,36 op verzoeker;
- de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in het interne Incidentenregister van de zorgverzekeraar;
- de persoonsgegevens van verzoeker worden voor de periode van vier jaar opgenomen in het Externe Verwijzingsregister.

3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 maart 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) hij geen fraude heeft gepleegd;
- (ii) hij de vergoedingen niet hoeft terug te betalen aan de zorgverzekeraar;
- (iii) zijn gegevens worden verwijderd uit het interne Incidentenregister van de zorgverzekeraar;
- (iv) zijn gegevens worden verwijderd uit het Externe Verwijzingsregister.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en kan daarover bindend advies uitbrengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de zorgverzekering.

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Verzoeker voert het volgende aan. Hij is in 2014 tijdens zijn verblijf in de Republiek Togo ziek geworden. Op advies van mensen uit zijn omgeving is hij naar dr. Yamdeu gegaan. Dr. Yamdeu heeft hem ontvangen in zijn woning/kliniek. Aldaar waren ook andere patiënten aanwezig. De arts heeft hem voor verder onderzoek verwezen naar een arts met wie hij samenwerkte. Dr. Yamdeu heeft hem met de auto naar de kliniek van zijn partner Dr. Simpka gebracht (ONG SCD clinic). Verzoeker is aldaar verder onderzocht en vervolgens opgenomen. Dr. Simpka heeft verklaard dat verzoeker malaria had. Tijdens zijn verblijf in de Republiek Togo in 2017 is verzoeker wederom ziek geworden. Hij heeft zich daarom opnieuw gewend tot dr. Yamdeu. Na een kort consult heeft hij verzoeker doorverwezen naar dr. Simpka. Verzoeker is door deze arts verder onderzocht en vervolgens opgenomen.

6.3. Verzoeker benadrukt dat hij niet heeft gefraudeerd. De bevindingen uit het onderzoek zijn niet juist. Ook het met hem gevoerde telefoongesprek is onjuist weergegeven. Verzoeker heeft contact opgenomen met dr. Simpka. Dr. Simpka heeft hem verteld dat hij het niet eens is met de bevindingen uit het onderzoek en dat zijn woorden zijn verdraaid. Verzoeker heeft verklaard dat hij nog een verklaring van dr. Simpka wil overleggen. Hij heeft deze verklaring echter niet in de procedure overgelegd.

- 6.4. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 2 oktober 2017 geïnformeerd over het nader onderzoek dat zou worden verricht naar de nota's uit de Republiek Togo. In dit kader zijn aan verzoeker het toelichtingenformulier en een machtigingsformulier gezonden. Verzoeker heeft deze op 23 oktober 2017 ingevuld en ondertekend geretourneerd.
- 6.5. Met toestemming van verzoeker is door een agent van een onderzoeksbureau ter plaatse contact opgenomen met de door verzoeker genoemde zorgverleners in Lomé, Togo. Het onderzoeksbureau heeft het volgende vastgesteld:
- er bestaat geen ziekenhuis met de naam Clinique Lusec;
  - op het adres Quartiers Soviepe. BP 1847, Lomé is geen ziekenhuis gevestigd;
  - er bestaat geen ziekenhuis met de naam Lusec Polyclinique;
  - op het adres Rue No. 942230 Quartier Adidogome, Lomé is geen ziekenhuis gevestigd.
- 6.6. De agent heeft telefonisch contact opgenomen met dr. Yamdeu. Hij weigerde evenwel iedere medewerking. De agent heeft wel gesproken met dr. Simpka. Ook heeft hij met dr. Simpka door de kliniek gelopen om de faciliteiten te zien waarover deze kliniek beschikt. Hierbij is vastgesteld dat behandeling van 'malaria' niet in deze kliniek kan worden uitgevoerd omdat de aanwezige voorzieningen hiervoor niet toereikend zijn. Dr. Simpka heeft verklaard dat hij bevriend is met dr. Yamdeu en dat hij de door verzoeker ingediende documenten nog nooit heeft gezien. Ook vertelde dr. Simpka dat de documenten als gunst - op verzoek aan verzoeker- zijn gegeven en dat de ziekenhuizen Clinique Lusec en Lusec Polyclinique niet bestaan.
- 6.7. Op 13 februari 2018 heeft een telefoongesprek met verzoeker plaatsgevonden. De zorgverzekeraar heeft bij die gelegenheid de bevindingen uit zijn onderzoek met hem besproken. Verzoeker heeft zijn verhaal verteld. Tijdens het verdere verloop van het gesprek vertelde verzoeker dat hij in een ander ziekenhuis opgenomen en behandeld zou zijn, te weten de ONG SDC Clinic. Verder bleef verzoeker bij zijn verklaring dat hij in 2014 en 2017 was opgenomen in een ziekenhuis in de Republiek Togo.
- 6.8. De zorgverzekeraar concludeert op basis van de onderzoeksbevindingen dat verzoeker door het insturen van valse/valselijk opgemaakte documenten/rekeningen heeft geprobeerd hem financieel te benadelen. Bovendien heeft verzoeker aan de zorgverzekeraar een onjuiste voorstelling van zaken gegeven over de ziekenhuisopnamen in 2014 en 2017 in de Republiek Togo.
- 6.9. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit geldt alleen als deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt.  
Het eerste lid van genoemd artikel is niet van toepassing op de zorgverzekering. In het tweede lid is bepaald dat de verzekeringnemer verplicht is binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen.
- 6.10. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vèrstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere denkbare sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het EVR, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot deze sancties.
- 6.11. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van de in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt. Bijvoorbeeld de omstandigheid dat de verzoeker (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd om de verzekeraar op het verkeerde been te zetten. Bij betwisting door de wederpartij moet de zorgverzekeraar zijn stellingen bewijzen.

6.12. Het voorgaande is in de verzekeringsvoorwaarden verwoord in artikel 20. Voor de beoordeling is verder het volgende van belang. De zorgverzekeraar heeft gedegen onderzoek laten verrichten. Hetgeen in het verslag van het onderzoeksbureau is vermeld, komt de commissie aannemelijk voor. Hoewel hiertoe in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker de bevindingen van het onderzoeksbureau niet weerlegd. Hierbij valt op dat de ingediende nota's van een andere instelling zijn dan de kliniek waarvan verzoeker stelt dat hij is behandeld (ONG SDC Clinic). Verzoeker heeft in dit kader aangevoerd dat hij zich zowel in 2014 als 2017 eerst heeft gewend tot Lusec Polyclinique en dat daar het eerste consult heeft plaatsgevonden. Daarna is verzoeker, volgens zijn verklaring, naar de ONG SCD Clinic gebracht. Daar zou hij zijn opgenomen en behandeld. Door de zorgverzekeraar is gesteld, en door verzoeker is niet weersproken, dat er geen ziekenhuis bestaat met de naam Lusec Polyclinique. Hetzelfde geldt voor Clinique Lusec. De klachten van verzoeker zijn destijds gediagnostiseerd als 'malaria'. De zorgverzekeraar heeft onweersproken aangevoerd dat ONG SCD Clinic niet voor de behandeling hiervan is ingericht. Verzoeker heeft geen nota's van de ONG SCD Clinic overgelegd. Hij heeft hiervoor ook geen goede verklaring gegeven.

6.13. Uit het verslag van het onderzoeksbureau blijkt dat is gesproken met dr. Simpka. Volgens het onderzoeksbureau heeft hij verklaard dat de betreffende nota's op verzoek van verzoeker zijn verstrekt. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij heeft gesproken met dr. Simpka, en dat laatstgenoemde heeft gezegd dat zijn woorden zijn verdraaid. Verzoeker heeft kenbaar gemaakt dat hij een verklaring van dr. Simpka over wilde leggen, maar hij heeft dit - hoewel daartoe in de gelegenheid gesteld - niet gedaan. Verzoeker heeft de - gemotiveerde - stellingen van de zorgverzekeraar niet gemotiveerd weerlegd. Daarom gaat de commissie uit van de juistheid hiervan.

Gezien het bovenstaande concludeert de commissie dat is komen vast te staan dat verzoeker in 2014 en 2017 niet opgenomen en behandeld is geweest in de Lusec Polyclinique, te Lomé, Togo. De door hem ter zake ingediende nota's zijn dan ook niet correct. Een en ander bevestigt de conclusie van de zorgverzekeraar dat is getracht hem te misleiden en dat sprake is van fraude als bedoeld in artikel 20 van de verzekeringsvoorwaarden. Dit laatste rechtvaardigt de getroffen maatregelen. De commissie overweegt dat deze maatregelen ook proportioneel zijn, waarbij ten aanzien van de duur van de registratie in de EVR nog het volgende wordt opgemerkt. De zorgverzekeraar mocht verzoeker, op grond van het eerder overwogene, registreren in de EVR. Wat betreft de met de fraude gemoeide bedragen, geldt dat voor deze registratie geen financiële ondergrens wordt gehanteerd. Voor registratie in de EVR bestaat te meer aanleiding gelet op de schade die de fraude toebrengt aan de maatschappij als geheel - hetgeen in sterke mate opgaat voor zover het de zorgverzekering, een sociale ziektekostenverzekering gebaseerd op solidariteit, betreft - en het repetitieve karakter van de fraude in deze casus. De registratietermijn van vier jaren acht de commissie niet buitenproportioneel. Uit het voorgaande volgt dat ook de melding van de registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude en Zorgverzekeraars Nederland terecht heeft plaatsgevonden.

6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 september 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester

## **19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten**

Wilt u geen informatie over onze andere producten en/of diensten? Meld dat dan door een bericht te sturen naar [relatiebeheer@fbto.nl](mailto:relatiebeheer@fbto.nl) of naar FBTO, afdeling Relatiebeheer, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.

## **19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie**

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als FBTO uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

## **19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden**

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres -, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres -, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

## **19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer**

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

## **Artikel 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?**

### **20.1 Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:**

- a. onder valse voorwendselen;
- b. op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- a. een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- b. vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- c. een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- d. feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

## 20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

## 20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- c. u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

## Artikel 21 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

### Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.

### Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

### Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

### Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

### Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.



Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

### **19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer**

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

## **ARTIKEL 20** *Wat zijn de gevolgen van fraude?*

**20.1** Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- a) onder valse voorwendselen;
- b) op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- a) een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- b) vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- c) een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- d) feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

### **20.2 Bij fraude geen vergoeding**

Als er sprake is van fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

### **20.3 Andere gevolgen van fraude**

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- a) aangifte doen bij de politie;
- b) uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- c) u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- d) uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.



201801209

Artikel 7:941 BW

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.