



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Veronderstelde fraude, buitenland, Oekraïne, registratie in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, melding bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude, vordering onderzoekskosten
Zaaknummer : 201600793
Zittingsdatum : 2 november 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoeker verbleef van 7 september 2015 tot en met 4 oktober 2015 in Oekraïne. Na zijn terugkeer in Nederland heeft hij op 8 oktober 2015 twee nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar ter zake van door hem genoten medische zorg tijdens zijn verblijf aldaar.
- 3.2. Bij brief van 21 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voornoemde declaratie in behandeling is genomen, maar dat de behandeling hiervan wat langer duurt dan gewoonlijk.
- 3.3. Bij brief van 23 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verzocht binnen veertien dagen schriftelijk een nauwkeurige omschrijving te geven van de reden dat hij medische kosten heeft gemaakt in Oekraïne. Verzoeker heeft op een afschrift van voornoemde brief zijn reactie kenbaar gemaakt aan de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 9 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de declaratie nader is bekeken. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzoeker naast een tandheelkundige behandeling een cosmetische behandeling heeft ondergaan. Daarom vermoedt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker hem heeft willen misleiden omtrent de aanleiding van de door hem gemaakte kosten. Alvorens een beslissing te nemen, stelt de ziektekostenverzekeraar verzoeker in het kader van hoor en wederhoor in de gelegenheid schriftelijk zijn zienswijze hieromtrent te geven. Verzoeker heeft hierop bij ongedateerde brief gereageerd.
- 3.5. Op 14 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betreffende declaratie is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat de

declaratie niet waarheidsgetrouw is en dat verzoeker opzettelijk heeft getracht hem te misleiden. De declaratie wordt daarom afgewezen. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne Incidentenregister, en is een melding gedaan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude. Tevens worden de onderzoekskosten van € 100,-- op verzoeker verhaald.

- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
 - 3.7. Bij e-mailbericht van 2 juli 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gedeclareerde kosten te vergoeden, zijn gegevens te verwijderen uit het interne Incidentenregister, de melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude ongedaan te maken, en af te zien van het vorderen van de gemaakte onderzoekskosten (hierna: het verzoek).
 - 3.8. 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.
 - 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.
 - 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
 - 3.11. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
 - 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 november 2016 in persoon gehoord.
 - 3.13. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar zal overwegen of in de onderhavige kwestie kan worden volstaan met een waarschuwing. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 november 2016 geïnformeerd over de uitkomst hiervan. Een afschrift van deze brief is op 14 november 2016 aan verzoeker gezonden.
 - 3.14. De commissie heeft verzoeker bij brief van 14 november 2016 gevraagd of het geschil met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar, zoals verwoord in de brief van 8 november 2016, is opgelost. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 2 december 2016 aan de commissie medegedeeld dat hij heeft besloten "*de zaak af te sluiten.*" Een afschrift hiervan is op 7 december 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker verbleef van 7 september 2015 tot en met 4 oktober 2015 in Oekraïne. Tijdens zijn verblijf heeft hij kiespijn en een ontstoken kaak gekregen. Daarom heeft hij zich aldaar laten behandelen door een tandarts. Daarnaast had verzoeker zonnebrand opgelopen. Ook hiervoor heeft hij zich laten behandelen in dezelfde kliniek. De betreffende nota's heeft hij na terugkomst in Nederland ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

- 4.2. Van misleiding is geen sprake. Verzoeker heeft voorafgaand aan het ter declaratie indienen van de nota's informatie gevraagd aan een baliemedewerker van de ziektekostenverzekeraar. Deze vertelde hem dat de kosten - gezien de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering - zouden worden vergoed. Hij heeft de nota ter zake van de behandeling van de zonnebrand aan de baliemedewerker laten zien. Volgens de baliemedewerker mocht verzoeker ook deze nota ter declaratie indienen. Verzoeker is dus verkeerd geïnformeerd door de betreffende baliemedewerker.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij destijds niet van plan was om de nota van de behandeling van zonnebrand ter declaratie in te dienen. Voorafgaand aan het indienen van de onderhavige nota's heeft hij een en ander besproken met de baliemedewerker van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft de baliemedewerker verteld dat de tweede nota ziet op de behandeling van zonnebrand. De baliemedewerker heeft hem verteld dat hij deze nota ook kon indienen, omdat hij was verzekerd. De baliemedewerker heeft hierbij niet verteld dat verzoeker op het declaratieformulier voor de tweede nota een aparte toelichting moest geven. Verzoeker dacht dat hij een en ander al voldoende duidelijk had gemaakt aan de baliemedewerker. Gevraagd naar de logo's die op beide nota's staan, vertelt verzoeker dat beide behandelingen in één gebouw zijn gegeven; voor de mondzorg moest hij aan de ene kant van het gebouw zijn, en voor de behandeling van zonnebrand aan de andere kant van het gebouw. Verzoeker benadrukt dat hij meermaals telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar heeft doorgegeven dat de tweede nota betrekking heeft op de behandeling van zonnebrand. Het heeft verzoeker geraakt dat hij op een zwarte lijst is geplaatst.
- 4.4. Verzoeker heeft op 2 december 2016 per e-mail aan de commissie medegedeeld dat hij naar aanleiding van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 november 2016 heeft besloten "*de zaak af te sluiten.*"
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker heeft twee nota's ter zake van aan hem verleende medische zorg in Oekraïne ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft op het declaratieformulier vermeld dat kiespijn de reden was van de gemaakte medische kosten. Eén van de nota's vermeldt echter "*Redermalization Hyalual*". Daarom vermoedde de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker naast een tandheelkundige behandeling een cosmetische behandeling heeft ondergaan. De ziektekostenverzekeraar is om die reden een onderzoek gestart.
- 5.2. Bij brief van 23 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verzocht om een nauwkeurige omschrijving van de reden dat hij in Oekraïne medische kosten heeft gemaakt. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan schriftelijk aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat kiespijn de aanleiding voor de gemaakte kosten is geweest. Bij brief van 9 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker kenbaar gemaakt dat hij het vermoeden heeft dat verzoeker hem heeft willen misleiden ter zake van de in Oekraïne gemaakte kosten. Pas nadat de ziektekostenverzekeraar verzoeker had geconfronteerd met zijn vermoeden, dat verzoeker naast een tandheelkundige behandeling ook een cosmetische behandeling heeft ondergaan, heeft verzoeker verklaard dat hij in Oekraïne ook een zonnebrand heeft opgelopen en dat hij daarvoor aldaar is behandeld.
- 5.3. Op de nota met betrekking tot de cosmetische behandeling is het volgende vermeld: "*18.09.15, Redermalization Hyalual 1,8 ml en 22.09.15, Redermalization Hyalual 1,8 ml*". De nota is afgegeven door dezelfde kliniek als die waar verzoeker de tandheelkundige behandelingen heeft ondergaan. Op de nota wordt een tand als logo gebruikt. De cosmetische behandeling betreft een huidverjongingsbehandeling. Op basis van het onderzoek en de in het dossier aanwezige stukken stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat de onderhavige declaratie niet waarheidsgetrouw is, en dat verzoeker opzettelijk heeft getracht hem te misleiden omtrent de aanleiding van de door hem gedeclareerde kosten.

5.4. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat zijn stelling, dat sprake is van misleiding, is gebaseerd op het feit dat verzoeker, overigens pas nadat hij door de ziektekostenverzekeraar was geconfronteerd met het vermoeden van misleiding, heeft verklaard dat het bij hem geïnjecteerde middel Redermalization Hyalual betrekking heeft op een opgelopen zonnebrand. Naast het feit dat het vreemd is dat een tandheelkundige kliniek handelingen verricht vanwege zonnebrand, is het onwaarschijnlijk dat de zonnebrandklachten worden behandeld door Redermalization Hyalual in de verbrande huid te spuiten. Dit middel is namelijk een anti-verouderingsmiddel. Volgens de website van de leverancier van Redermalization Hyalual betreft het "een krachtig anti-verouderingsmiddel" met kenmerken die uitsluitend betrekking hebben op anti-veroudering. Gelet hierop moet ervan worden uitgegaan dat Redermalization Hyalual geen middel tegen zonnebrand is, maar dat het wordt gebruikt voor cosmetische behandelingen.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker bewust een anti-verouderingsmiddel heeft gedeclareerd als middel tegen zonnebrand. Hierdoor is de declaratie niet waarheidsgetrouw. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar derhalve moedwillig een verkeerde voorstelling van zaken gegeven.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat sprake was van één declaratie van twee nota's. Op het begeleidende declaratieformulier heeft verzoeker zelf geschreven dat de reden hiervan was: "kiespijn". Verzoeker is vervolgens uitgebreid in de gelegenheid gesteld om de reden voor de medische kosten nogmaals toe te lichten. Verzoeker is gevraagd een nauwkeurige omschrijving te geven, en toen is door hem wederom alleen de kiespijn genoemd. Pas nádat aan verzoeker is medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar van oordeel is dat sprake is van misleiding, heeft verzoeker gesteld dat de tweede nota betrekking heeft op een behandeling van zonnebrand.

Daarnaar gevraagd, antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat hij zal overwegen of in de onderhavige situatie kan worden volstaan met een waarschuwing.

5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 november 2016 medegedeeld dat hij onverminderd van mening blijft dat verzoeker een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven betreffende zijn declaratie voor medische kosten in de Oekraïne. Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker bevestigd dat een deel van de gedeclareerde kosten betrekking heeft op het middel Redermalization Hyalual, dat een sterk anti-verouderingsmiddel is. De verklaring van verzoeker, dat deze behandeling bij hem is toegepast in verband met een door hem opgelopen zonnebrand, wordt door de ziektekostenverzekeraar bestreden.

De ziektekostenverzekeraar merkt op een scherp anti-fraudebeleid te voeren, waarbij de hoogte van de gedeclareerde kosten in beginsel geen rol speelt bij de beslissing om een fraude-onderzoek te starten.

Om vast te stellen of sprake is van fraude, verricht de ziektekostenverzekeraar zorgvuldig onderzoek, en de conclusie dat sprake is van fraude wordt zorgvuldig onderbouwd. Hierbij wordt de verzekerde in de gelegenheid gesteld zijn zienswijze op de zaak te geven. Deze zorgvuldige werkwijze is ook in de onderhavige zaak gevolgd.

Tijdens de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat het in de onderhavige situatie wellicht beter zou zijn geweest als aan verzoeker schriftelijk dan wel mondeling meer specifiek was gevraagd naar de reden van zijn declaraties alvorens te concluderen dat sprake is van opzettelijke misleiding. Om deze reden is de ziektekostenverzekeraar in dit specifieke geval bereid de kwestie te heroverwegen en de maatregelen, zoals beschreven in de brieven van 14 december 2015 en 29 maart 2016, ongedaan te maken en de vorderingen over en weer als voldaan te beschouwen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 van 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 zijn het door de ziektekostenverzekeraar niet vergoeden van de door verzoeker in Oekraïne gemaakte zorgkosten, de opname van zijn persoonsgegevens in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, de melding hiervan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude, en het op verzoeker verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 100,--.



8. Beoordeling van het geschil



- 8.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 8 november 2016 aan de commissie heeft medegedeeld dat hij bereid is de maatregelen, zoals beschreven in de brieven van 14 december 2015 en 29 maart 2016, ongedaan te maken en de vorderingen over en weer als voldaan te beschouwen. De commissie concludeert uit het voorstaande dat de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en de melding hiervan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude ongedaan worden gemaakt. Tevens komen de bij verzoeker in rekening gebrachte onderzoekskosten ten bedrage van € 100,-- te vervallen. Hierdoor blijft alleen het punt van het niet vergoeden van de door verzoeker gemaakte zorgkosten staan. De commissie heeft verzoeker gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Verzoeker heeft in reactie hierop bij e-mailbericht van 2 december 2016 aan de commissie medegedeeld dat hij heeft besloten "de zaak af te sluiten". De commissie concludeert hieruit dat verzoeker akkoord gaat met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar en dat het verzoek daarom geen verdere behandeling behoeft.



- 8.2. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft besloten alsnog deels tegemoet te komen aan het verzoek, dient hij het entreegeld van € 37,-- aan verzekerde te vergoeden.



9. Het bindend advies



- 9.1. De commissie stelt hetgeen onder 8.1 is omschreven vast.
- 9.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 14 december 2016,



P.J.J. Vonk

