



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Fraude, Thailand, terugvordering vergoeding, beëindiging zorgverzekering en
aanvullende ziektekostenverzekering, registratie in het interne Incidentenregister van de
ziektekostenverzekeraar, registratie in het Extern Verwijzingsregister (EVR), melding bij het
Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude en Zorgverzekeraars Nederland

Zaaknummer : 201700723

Zittingsdatum : 13 september 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
- 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 Zorg-op-maatpolis (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 Jongeren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker verbleef van 25 februari 2014 tot en met 13 maart 2014 in Thailand. Aldaar heeft hij, in verband met een ziekenhuisopname in het Bangkok Hospital Pattaya van 3 tot en met 7 maart 2014 kosten gemaakt voor medische zorg. Na terugkeer in Nederland heeft hij de nota hiervan ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft op grond van deze nota een bedrag van € 2.153,04 aan verzoeker vergoed.
- 3.2. Bij brief van 23 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hem bekend is dat er valse nota's van het Bangkok Hospital Pattaya in omloop zijn. Volgens de ziektekostenverzekeraar wijkt de door verzoeker in 2014 ingediende nota af van andere nota's die afkomstig zijn van dit ziekenhuis, daarom heeft de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek verricht. Verzoeker is in dat kader verzocht binnen vier weken schriftelijk te reageren op de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Verzoeker heeft bij brief van 8 februari 2015 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 23 januari 2015.
- 3.4. Bij brief van 10 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het onderzoek ter zake van de in 2014 ter declaratie ingediende nota uit Thailand is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude, omdat verzoeker een nota heeft ingediend die valselijk is opgemaakt. Verzoeker dient daarom de ontvangen vergoeding terug te betalen. Daarnaast worden de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering

per direct beëindigd. Verzoeker mag de eerstvolgende vijf jaren geen zorgverzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar. Verder zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en in het Externe Verwijzingsregister Financiële Instellingen (hierna: het EVR). Ook is het dossier aangemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland.

- 3.5. Verzoeker heeft bij brief van 19 mei 2015 aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de beslissing van 10 maart 2015 gevraagd. Voorts heeft verzoeker verzocht te worden geïnformeerd over het verrichte onderzoek en de verklaringen van het betrokken ziekenhuis. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar hem bij brief van 28 mei 2015 inzage verschaft in de bewijsmiddelen.
Op 29 december 2016 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen de vader van verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 13 februari 2017 heeft verzoeker nogmaals betwist dat sprake is van fraude. Bij brief van 16 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven
- 3.6. Op 12 oktober 2016 heeft de kantonrechter van de Rechtbank Limburg (zaaknummer 4741136\CV EXPL 16-639) geoordeeld dat verzoeker de verleende vergoeding aan de ziektekostenverzekeraar moet terugbetalen. De rechter licht zijn beslissing als volgt toe (waarbij met 'gedaagde' wordt bedoeld op verzoeker en met 'eiseres' op de ziektekostenverzekeraar):
"Het lag op de weg van gedaagde om de bewijzen die eiseres ter onderbouwing van haar stelling, dat gedaagde frauduleus heeft gehandeld op grond waarvan hij het aan hem uitgekeerde bedrag aan haar terug dient te betalen, in ieder geval bij dupliek feitelijk en juridisch en dus met meer dan slechts een blote ontkenning te weerleggen. Nu gedaagde dat heeft nagelaten treffen zijn verweren, dat eiseres er niet in is geslaagd te bewijzen dat zij een opeisbare vordering op hem heeft en het bedrag van € 1.716,21 bij het hospitaal te Thailand dient terug te vorderen, geen doel en zal zijn bewijsaanbod worden gepasseerd. Gelet op het vorenoverwogene staat de opeisbaarheid van de vordering en het verzuim van gedaagde genoegzaam in rechte vast. Nu gedaagde de ontvangst van de brieven van eiseres (producties 1 t/m 4) en de ontvangst van het uitgekeerde bedrag eveneens onweersproken heeft gelaten, ligt het gevorderde voor toewijzing gereed. Of en in hoeverre eiseres het aan het hospitaal betaalde van dat hospitaal heeft teruggevorderd, maakt voormeld oordeel niet anders."
- 3.7. Bij brief van 7 april 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de terugvordering van de vergoede kosten te laten vervallen, zijn gegevens te verwijderen uit het interne Incidentenregister en het EVR, en de melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland ongedaan te maken (hierna: het verzoek).
- 3.8. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 9 mei 2017 verzocht zijn gegevens te verwijderen uit het EVR. Bij e-mailbericht van 16 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar dit verzoek afgewezen.
- 3.9. 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.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juli 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.

- 3.12. Op grond van artikel 114, derde lid, 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.
- 3.13. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 september 2017 in persoon gehoord.
- 3.14. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie desgevraagd bij brief van 20 september 2017 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 22 september 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.15. Verzoeker heeft bij brief van 2 oktober 2017 gereageerd op de onder 3.14 genoemde brief van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is op 5 oktober 2017 ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij onderzoek is gebleken dat de gedeclareerde nota van het Bangkok Hospital Pattaya niet correct is. Verzoeker bestrijdt dit ten zeerste. Hij heeft destijds de nota van zijn ziekenhuisopname contant afgerekend bij de administratie. Als al sprake is van fraude, dan is deze in Thailand gepleegd door een medewerker van het ziekenhuis, en is verzoeker hiervan eveneens het slachtoffer.
- 4.2. Aangezien verzoeker geen fraude heeft gepleegd, zijn zijn gegevens ten onrechte opgenomen in het EVR. Bovendien is de registratie disproportioneel, gelet op de hoogte van de potentiële schade, de mate waarin er bewijs is, de ernst van de gedraging, en zijn persoonlijke omstandigheden. Verzoeker heeft in het verleden nimmer een probleem gehad met een verzekeraar. Hij is met betrekking tot de nota van het Bangkok Hospital Pattaya te goeder trouw geweest en wordt thans door de onterechte registratie zeer ernstig benadeeld, met name vanwege het feit hij met aanzienlijk hogere verzekeringskosten wordt geconfronteerd.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat de nota in eerste instantie probleemloos is vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Inmiddels is sprake van terugvordering van de vergoeding door de ziektekostenverzekeraar en heeft de rechter vonnis gewezen. Verzoeker heeft geen hoger beroep ingesteld.
Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de crux zit in het feit dat de ziektekostenverzekeraar veel onderzoek heeft gedaan naar de gang van zaken in Thailand. Dit onderzoek was zeer uitgebreid en langdurig, en de ziektekostenverzekeraar heeft veel stukken aan de commissie overgelegd die verzoeker nooit onder ogen heeft gehad. Op 29 december 2016 heeft een gesprek tussen de vader van verzoeker en de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden, en hiervan is een verslag gemaakt. Afgesproken werd dat dit gespreksverslag uitsluitend intern zou worden gebruikt. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar het gespreksverslag gebruikt om vragen te stellen in Thailand. Verzoeker beaamt dat de ziektekostenverzekeraar onderzoek mag doen, alleen moet dit wel conform de regelgeving, protocollen en richtlijnen verlopen, meer specifiek de Gedragscode Goed Verzekeraarschap, het Protocol Verzekeringssriminaliteit en de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek. Artikel 9 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek is geschonden. Verzoeker verwijst in dit kader naar het bindend advies van de commissie met nummer 201602316. Op basis hiervan heeft te gelden dat het toepassen van ingrijpende maatregelen moet worden onderbouwd en dat de verzekeringnemer door de verzekeraar moet worden geïnformeerd over het onderzoek. In overweging 9.9 van genoemd bindend advies is de consequentie opgenomen van onjuist onderzoek door een verzekeraar. Verzoeker is niet geïnformeerd en de wijze van

onderzoek is onjuist. Daarom zou het oordeel uit voornoemd bindend advies in de onderhavige zaak moeten worden gevolgd.

Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker tijdens zijn ziekenhuisopname een foto gepost op Facebook. Verzoeker stelt dat hij tijdens zijn ziekenhuisopname gebruik heeft gemaakt van Facebook, omdat ter plaatse wifi beschikbaar was. Hij heeft op dat moment foto's gepost van een andere vakantie (op een Thais eiland). Dit gebeurt regelmatig op Facebook. Dat op een bepaalde dag een foto wordt gepost, betekent niet dat diegene op dat moment ook op de locatie van de foto is.

Tot slot heeft verzoeker toegelicht dat een buitenlandse patiënt in Thailand anders wordt behandeld. In het ziekenhuis is de nota cash betaald bij een man aan de balie. Deze man is thans onvindbaar. Verzoeker wist ten tijde van de betaling niet dat de nota van het ziekenhuis afwijkend was. Het probleem is dat verzoeker geen mogelijkheden en middelen heeft om de gang van zaken in Thailand aan te tonen. Dit is ook de reden dat de rechter de vordering van de ziektekostenverzekeraar heeft toegewezen.

Verzoeker handhaaft zijn standpunt dat hij in het ziekenhuis in Thailand heeft gelegen en dat de betreffende nota door hem contant is voldaan.

4.4. Nadien heeft verzoeker het volgende verklaard.

De ziektekostenverzekeraar heeft niet aan het verzoek van de commissie voldaan het onderzoeksrapport aan te leveren. In plaats daarvan is een geheel nieuwe reactie ingediend. Verzoeker meent dat de brief van de ziektekostenverzekeraar van 20 september 2017 daarom buiten beschouwing dient te worden gelaten.

De ziektekostenverzekeraar verwijst in zijn brief van 20 september 2017 naar een brief van 28 mei 2016. Deze brief is verzoeker niet bekend en bevindt zich ook niet in het dossier.

Dat geen deugdelijk onderzoeksrapport kan worden overgelegd is simpelweg omdat dit er niet is. Hieraan kan de conclusie worden verbonden dat de ziektekostenverzekeraar de vereiste zorgvuldigheid onvoldoende in acht heeft genomen.

Artikel 9 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek betreft de informatieplicht. In dit artikel is onder meer bepaald dat de verzekeraar - voordat hij informatie gaat inwinnen bij derden - betrokkene hierover informeert, waarbij melding wordt gemaakt van het doel en de globale aard van dit persoonlijk onderzoek. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde stukken blijkt dat reeds vóór 21 januari 2015 persoonlijk onderzoek is gedaan naar verzoeker. Er is bij het ziekenhuis in Bangkok nagegaan of verzoeker daar als patiënt was geregistreerd. Duidelijk is dus dat de ziektekostenverzekeraar een fraudeonderzoek is gestart en bij derden informatie heeft opgevraagd, zonder verzoeker te informeren. De ziektekostenverzekeraar heeft het onderzoek voortgezet, en verzoeker is noch geïnformeerd over het - veelvuldig - opvragen van informatie bij derden noch in de gelegenheid gesteld op die informatie te reageren.

Tot slot stelt verzoeker dat de situatie als bedoeld in artikel 43, onder a tot en met e, van de Wet Bescherming Persoonsgegevens zich hier niet voordoet.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De Rechtbank Limburg heeft op 12 oktober 2016 in de onderhavige kwestie vonnis gewezen, en hierbij is de ziektekostenverzekeraar in het gelijk gesteld. Tegen dit vonnis is geen hoger beroep ingesteld. Gezien dit vonnis kan de commissie over dit onderdeel van het verzoek geen uitspraak doen.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de door hem vastgestelde fraude een aantal maatregelen genomen. Eén van deze maatregelen is de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het EVR.

In het Protocol Incidenten waarschuwingssysteem Financiële Instellingen (hierna: PIFI) is geregeld wanneer een opname in het EVR mag plaatsvinden. In de situatie van verzoeker is voldaan aan deze voorwaarden. Daarom zijn de persoonsgegevens van verzoeker terecht opgenomen in het EVR.

Gelet op artikel 5.2.1, onder c, van het PIFI dient het proportionaliteitsbeginsel in acht te worden genomen. Indien iemand van mening is dat hij door de registratie disproportioneel wordt geraakt in zijn belangen, dient hij dit te onderbouwen.

Verzoeker heeft gesteld zeer ernstig te worden benadeeld omdat hij met aanzienlijk hogere verzekeringskosten wordt geconfronteerd. Daarnaast zou de registratie disproportioneel zijn, gelet op de hoogte van de potentiële schade, de mate waarin er bewijs is, de ernst van de gedraging, en de persoonlijke omstandigheden van verzoeker.

De ziektekostenverzekeraar heeft aangetoond dat verzoeker destijds niet in het ziekenhuis was opgenomen. Daarbij verbleef hij tijdens die gestelde opnameperiode op de (Thaise) Phi Phi eilanden. Desondanks blijft verzoeker volhouden dat hij in het ziekenhuis heeft verbleven. De ziektekostenverzekeraar vindt dit een zeer ernstige gedraging. Verzoeker werkt immers niet mee aan het onderzoek. Verder worden de door verzoeker gestelde persoonlijke omstandigheden door hem niet nader onderbouwd.

Het enkele feit dat verzoeker een hogere premie moet betalen voor een verzekering, maakt de getroffen maatregel nog niet disproportioneel.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het correct is dat het verslag van het gesprek op 29 december 2016 enkel intern zou worden gebruikt. Dit is besproken met de afdeling Juridische Zaken en die was van oordeel dat hoor en wederhoor van belang was. Daarom zijn naar aanleiding van het gesprek op 29 december 2016 vragen gesteld aan personen. Verzoeker was wel degelijk op de hoogte van het onderzoek. Aan hem is medegedeeld dat was geconstateerd dat de nota afweek, en hem is gevraagd dit uit te leggen. Toen is het onderzoek gestart.
- Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat van meerdere personen meldingen over de nota's van het Thaise ziekenhuis werden ontvangen. Inmiddels is iemand gearresteerd die ervan wordt verdacht de betreffende nota's te hebben verkocht.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verder herhaald dat verzoeker tijdens de vermeende ziekenhuisopname foto's heeft gepost op Facebook. De toelichting van verzoeker hierover kan niet kloppen. Op de foto's die op Facebook zijn gepost staat de plaats waar deze zijn gemaakt vermeld alsmede de locatie van uploaden.
- 5.4. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat geen onderzoeksrapport aanwezig is. Voorts heeft hij toegelicht dat de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek een onderscheid maakt tussen het persoonlijk onderzoek en het feitenonderzoek. De betrokkene moet voorafgaand aan een persoonlijk onderzoek hierover worden geïnformeerd. De navraag bij het Thaise ziekenhuis is naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar niet aan te merken als een persoonlijk onderzoek, maar als een feitenonderzoek. Uitsluitend de stukken die verzoeker zelf heeft toegezonden zijn geverifieerd. Bij de navraag is geen nieuwe informatie verkregen, zodat geen sprake is van het inwinnen van informatie bij derden.
- Strikt genomen is het verifiëren van nota's niet anders dan het feitelijk beoordelen van een schademelding waarbij de vraag of al dan niet sprake kan zijn van fraude nog niet eens de reden hoeft te zijn. Veronderstellende dat dit wel een handeling in het kader van een persoonlijk onderzoek zou zijn, kan dit gevolgen hebben voor de declaratieverwerking van iedere willekeurige declaratie die een zorgverzekeraar ontvangt. Ook daar komt het immers regelmatig voor dat gegevens op een declaratie ontbreken en wordt veelal rechtstreeks met bijvoorbeeld een ziekenhuis contact gelegd om te verifiëren of de juiste codering of het juiste tarief is gebruikt. In artikel A.16.3. van de voorwaarden is hierover het volgende opgenomen: "*Wij mogen vanaf het moment dat de verzekering ingaat: aan derden (ook aan zorgverleners) inlichtingen vragen of geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de zorgverzekering na te kunnen komen.*"
- In de rechtspraak komt ook naar voren dat het raadplegen van Facebook kan worden aangemerkt als een feitenonderzoek. De gegevens en foto's op Facebook worden immers welbewust aan de openbaarheid prijsgegeven (ECLI:NL:RBMNE:2014:6661).
- Ook indien wel sprake zou zijn van een persoonlijk onderzoek, blijkt uit artikel 9.4 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek, dat het niet informeren van betrokkene noodzakelijk kan zijn in het belang van het opsporen van strafbare feiten. Zoals bekend bij de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar van meerdere verzekerden nota's ontvangen die niet echt zijn. Het niet informeren dat een onderzoek wordt uitgevoerd is dan van belang om te voorkomen dat mogelijk de

verkoper van de nota's en de andere verzekerden die dergelijke nota's hebben gedeclareerd op de hoogte worden gesteld.

Verzoeker heeft verwezen naar bindend advies 201602316 van de commissie, en gesteld dat het onderhavige geval vergelijkbaar is met die zaak. De ziektekostenverzekeraar deelt die mening niet. Onder verwijzing naar overweging 9.9 van genoemd bindend advies, stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker bij brief van 23 januari 2015 is geïnformeerd. Aan hem is uitgelegd dat de nota niet juist is en dat bekend is dat valse nota's in omloop zijn. Verzoeker is daarbij in de gelegenheid gesteld nader te reageren op deze bevindingen. Verzoeker heeft hiervan bij brief van 8 februari 2015 gebruik gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 maart 2015 uitgelegd zijn standpunt te handhaven, te weten dat de nota vals is en dat verzoeker niet in het ziekenhuis heeft gelegen. Op 29 december 2016 volgde een gesprek met de vader van verzoeker en de advocaat. De ziektekostenverzekeraar meent verzoeker voldoende te hebben geïnformeerd en hem ook voldoende in de gelegenheid te hebben gesteld om zijn standpunt uiteen te zetten.

5.5. 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.22 van de zorgverzekering en 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 terugvorderen van een vergoed bedrag, de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister en het EVR, en de melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg.

8.3. In artikel B.2 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

(...)"

8.4. Artikel A.6.4. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt welke maatregelen de ziektekostenverzekeraar kan treffen in het geval van vastgestelde fraude. Dit artikel luidt:

"Als u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- uw verzekering per direct te beëindigen;
- vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen."

- 8.5. Artikel A.16.4 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar een materiële controle mag uitvoeren, en luidt:

"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 uw medewerking hieraan te verlenen."

- 8.6. In artikel 7:941 BW is het volgende bepaald:

"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."


In artikel 15 Zvw is de toepassing van het eerste lid van artikel 7:941 BW uitgesloten voor zover het de zorgverzekering betreft.

9. Beoordeling van het geschil


Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie stelt vast dat de kantonrechter van de Rechtbank Limburg zich in de onderhavige kwestie op 12 oktober 2016 reeds heeft uitgesproken over de terugvordering van de verleende vergoeding van € 2.153,04. Op grond van artikel 3, vijfde lid, van het Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen is de commissie niet bevoegd geschillen te behandelen ter zake waarvan een uitspraak is gedaan door een rechterlijke instantie. Uit het vonnis blijkt dat de rechter heeft geoordeeld dat voldoende is komen vast te staan dat verzoeker een valse nota heeft ingediend en dat hij om die reden de reeds uitgekeerde vergoeding dient terug te betalen aan de ziektekostenverzekeraar. Van dit vonnis is geen hoger beroep ingesteld. Daarmee staan de fraude en de rechtmatigheid van de terugvordering tussen partijen vast (i.e. heeft gezag van gewijsde). Over de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en het EVR, alsmede de melding hiervan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland, is door de rechter niet geoordeeld. Daarom is de commissie wel bevoegd deze punten te beoordelen.


- 9.2. Op grond van artikel A.6.4. van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering kan de ziektekostenverzekeraar bij vastgestelde fraude een aantal maatregelen treffen, zoals het beëindigen van de verzekering, het terugvorderen van vergoedingen, en het registreren van de persoonsgegevens van betrokkene in de gangbare waarschuwingssystemen tussen financiële instellingen.
- 9.3. Verzoeker heeft, onder verwijzing naar artikel 9 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek en bindend advies 201602316 van de commissie, gesteld dat de registratie van zijn persoonsgegevens in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en de registratie van diezelfde gegevens in het EVR, onterecht en disproportioneel zijn.
In artikel 9 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek is de informatieplicht van verzekeraars geregeld. Volgens verzoeker is dit artikel geschonden, omdat hij niet voorafgaand door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd over het voornemen informatie in te winnen bij derden (in Thailand). Daarbij heeft verzoeker expliciet gesteld dat een situatie als bedoeld in artikel 9.7 van voormelde gedragscode (*"De informatieplicht in artikel 9.5 en 9.6 blijft achterwege als dit noodzakelijk is in het belang van een of meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a. tot en met e. van de Wet bescherming persoonsgegevens."*) zich hier niet voordoet. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader primair gesteld dat geen sprake is van een persoonlijk onderzoek, zodat de betreffende gedragscode niet van toepassing is, en subsidiair dat indien wel sprake is van een persoonlijk onderzoek maar van een feitenonderzoek, de situatie als genoemd in artikel 9.4 van de betreffende gedragscode (*"Het melden aan betrokkene dat een persoonlijk onderzoek wordt ingesteld, blijft achterwege als dit noodzakelijk is in het belang van een of meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a. tot en met e. van de Wet bescherming persoonsgegevens."*) van toepassing is.
- 9.4. De commissie stelt vast dat in het onderhavige geval sprake is van een persoonlijk onderzoek. Er is namelijk door de ziektekostenverzekeraar navraag gedaan bij het ziekenhuis in Thailand omtrent onder meer de registratie van verzoeker als patiënt. Dit maakt inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van verzoeker. Zulks klemt te meer nu het onderzoek niet werd ingesteld om duidelijkheid te krijgen omtrent een individuele declaratie, maar tegen de achtergrond van een grootschalig onderzoek naar nota's van dit specifieke ziekenhuis waarover bij de ziektekostenverzekeraar reeds bedenkingen bestonden. Gelet op de doelstelling betrof het niet langer een feitenonderzoek. In beginsel betekent dit dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker voorafgaand aan het inwinnen van informatie bij derden, hierover had moeten informeren. Echter, de commissie is van oordeel dat melding achterwege kon blijven, aangezien de situatie als genoemd in artikel 9.4 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek van toepassing is. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk verklaard, en dit blijkt ook uit de overgelegde stukken, dat door hem meerdere valse nota's van het Bangkok Hospital Pattaya zijn ontvangen, dat naar aanleiding hiervan een grootschalig onderzoek heeft plaatsgevonden, en dat inmiddels een persoon is gearresteerd. Het belang van opsporing en vervolging van strafbare feiten stond hierbij duidelijk voorop. Anders gezegd, (de declaratie van) verzoeker vormde 'slechts' een deel van een groter onderzoek met een belang dat het verzekerde-niveau oversteeg.
De verwijzing van verzoeker naar bindend advies 201602316 treft geen doel. In deze zaak ging het namelijk om één nota van één verzekerde, waardoor de uitkomst van de weging van de belangen van die verzekerde en het belang van het onderzoek naar mogelijke fraude een andere is. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker voldoende geconfronteerd met zijn bevindingen en is verzoeker in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Van de geboden gelegenheid heeft hij ook gebruik gemaakt. De commissie volgt verzoeker derhalve niet in diens stellingen en verwijzing, en concludeert dat de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in het Interne Incidentenregister en het EVR terecht heeft plaatsgevonden. Aldus resteert de vraag naar de proportionaliteit.
- 9.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij door de registratie in het EVR ernstig wordt benadeeld, met name omdat hij hierdoor met aanzienlijk hogere verzekeringskosten wordt geconfronteerd. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar op grond van de verzekeringsvoorwaarden



verzoeker mocht registreren in het EVR. Het gevolg hiervan kan zijn dat betrokkene met hogere verzekeringskosten wordt geconfronteerd. Dát dit gebeurt, maakt de maatregel op zich niet disproportioneel. Verzoeker heeft in dit verband verwezen naar de hoogte van de potentiële schade. De commissie legt dit argument terzijde. Er is geen 'ondergrens' aan fraude als het om het financiële belang gaat. Daarbij gaat verzoeker volledig voorbij aan de schade die fraude aan de maatschappij als geheel toebrengt, hetgeen te meer geldt voor zover het de zorgverzekering - een sociale ziektekostenverzekering gebaseerd op solidariteit - betreft. Ook de verwijzing naar de 'mate van bewijs' treft geen doel. Wat dit betreft is de beoordeling zwart/wit; er is sprake van bewezen fraude of niet. In dit geval is door de rechter reeds geoordeeld dat verzoeker heeft gefraudeerd. Voorts heeft verzoeker zich beroepen op de ernst van de gedraging. De commissie volstaat op dit punt met een verwijzing naar hetgeen hiervoor is overwogen met betrekking tot de maatschappelijke schade door fraude.




Tot slot heeft verzoeker verwezen naar zijn persoonlijke omstandigheden. Aangezien enige onderbouwing hiervan, uitgezonderd de constatering dat zijn verzekeringskosten hoger zijn geworden, ontbreekt, passeert de commissie deze stelling.




Uit dit alles volgt dat de registratie in het EVR voor de termijn van acht jaar niet disproportioneel is en dat de melding hiervan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland terecht heeft plaatsgevonden.




Conclusie




9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat de commissie niet bevoegd is een uitspraak te doen ter zake van het deel van het verzoek dat ziet op de vaststelling dat al dan niet sprake is van fraude en de terugvordering van de uitgekeerde vergoeding, aangezien de rechter zich reeds heeft uitgesproken over deze punten.



Ter zake van de onderdelen van het verzoek waarover de rechter nog geen uitspraak heeft gedaan, is de commissie van oordeel dat deze dienen te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie is niet bevoegd ter zake van het deel van het verzoek waarover de rechter zich reeds heeft uitgesproken. De commissie wijst het verzoek - voor zover het de onderdelen betreft waarover de rechter nog geen oordeel heeft gegeven - af.



Zeist, 8 november 2017,



A.I.M. van Mierlo