

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Veronderstelde fraude, opname in intern incidentenregister, registratie bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, buitenlandnota, beëindiging zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekeringen van verzoekster en haar minderjarige zoon, vordering onderzoekskosten, buitenland, declaraties

Zaaknummer : 2012.02147

Zittingsdatum : 23 januari 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010 en 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010 en 2011)

1. Partijen

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

tegen

E te F, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgzaam Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgzaam ster 4 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft op 31 januari 2011 twee nota's ten bedrage van in totaal \$ 20.000,- ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor de aan haar en haar zoon verleende medische zorg gedurende hun verblijf in Ghana.
- 3.2. Op 14 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de ingediende nota's zijn afgewezen en dat deze als frauduleus zijn aangemerkt. De betreffende nota's worden daarom niet vergoed. Daarnaast worden de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster en haar minderjarige zoon beëindigd met ingang van 1 juli 2012, zijn de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, en wordt het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars van een en ander op de hoogte gesteld. Tevens wordt een bedrag van € 1.099,59 voor gemaakte onderzoekskosten op verzoekster verhaald.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 15 augustus 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gedeclareerde kosten alsnog te vergoeden, de opzegging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering op te schorten tot onher-

roepelijk op haar bezwaar (en dat van haar echtgenoot) is beslist, en de terugvordering van de onderzoekskosten van € 1.099,59 op te schorten tot onherroepelijk op haar bezwaar (en dat van haar echtgenoot) is beslist (hierna: het verzoek).

- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 oktober 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 november 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. Verzoekster heeft hierbij verzocht de hoorzitting uit te stellen in afwachting van de beslissing op bezwaar in de zaak van haar echtgenoot bij de Stichting Ziektekosten Verzekering Krijgsmacht (SZVK). De commissie heeft dit verzoek op 6 november 2012 afgewezen.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn uitgenodigd voor de hoorzitting op 5 december 2012. Verzoekster heeft de commissie bij faxbericht van 27 november 2012 medegedeeld verhinderd te zijn voor de op 5 december 2012 geplande hoorzitting. De hoorzitting is hierop verzet.
- 3.9. Verzoekster heeft de commissie op 7 december 2012 afschriften gezonden van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 26 november 2012, die is gericht aan de gemachtigde van haar echtgenoot, en van het verslag van de hoorzitting van 25 oktober 2012 in de bezwaarzaak van haar echtgenoot. Zij heeft de commissie hierbij medegedeeld dat zij, gezien de inhoud van voornoemde stukken, afziet van de mogelijkheid haar standpunten toe te lichten tijdens een hoorzitting.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 december 2012 telefonisch medegedeeld evenmin te willen worden gehoord, maar nog wel schriftelijk op de nagekomen stukken te willen reageren, hetgeen hij bij brief van 4 januari 2013 heeft gedaan. Een afschrift hiervan is op 7 januari 2013 ter kennisname aan verzoekster gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster verbleef met haar echtgenoot en minderjarige zoon van 3 december 2010 tot en met 25 januari 2011 in Ghana. Tijdens dit verblijf zijn zij dusdanig ziek geworden, dat zij zijn opgenomen in het ziekenhuis. Na terugkomst in Nederland heeft zij de kosten van zichzelf en haar zoon ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Haar echtgenoot heeft de door hem gemaakte kosten op basis van zijn verzekering gedeclareerd.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de door verzoekster gedeclareerde nota's als frauduleus aangemerkt. Verzoekster ontkent ten stelligste dat zij zich aan frauduleuze praktijken schuldig heeft gemaakt. Zij heeft de nota's van de Nightinggale Clinic van in totaal \$ 32.000,-- met behulp van familieleden contant aan de kliniek betaald.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster het onderzoeksrapport en de algemene verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering onthouden. De onderhavige beslissing is daarom onvoldoende onderbouwd en onvoldoende met redenen omkleed, zodat deze niet in stand kan blijven.
- 4.4. De echtgenoot van verzoekster heeft destijds nog getracht telefonisch contact op te nemen met het meldpunt in Nederland. De verbinding was niet optimaal. Vervolgens maakte zijn ziekenhuisopname verder contact onmogelijk.
- 4.5. In de brief van 26 november 2012 aan de gemachtigde van de echtgenoot van verzoekster, heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij, gezien de beslissing op bezwaar van de SZVK, het royement van de zorgverzekeringen en de aanvullende ziektekostenverzekeringen van verzoekster en haar zoon ongedaan maakt en dat hij afziet van het vorderen van de onderzoekskosten.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De echtgenoot van verzoekster heeft op 31 januari 2011 een drietal nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van zichzelf, verzoekster en hun minderjarige zoon. De totale declaratie bedroeg \$ 32.000,--. De hoogte van deze declaratie is voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding geweest een onderzoek te starten naar de rechtmatigheid hiervan.
- 5.2. In de medische dossiers staan geen gegevens die de opnames rechtvaardigen. De verstrekte medicatie staat niet in verband met een malariabesmetting. De laboratoriumuitslagen en afmetingen van de organen van verzoekster en haar echtgenoot zijn identiek. De kans dat dergelijke uitslagen en afmetingen exact gelijk zijn, is nihil.
- 5.3. Uit onderzoek ter plaatse is gebleken dat de gedeclareerde onderzoeken niet hebben kunnen plaatsvinden in de betreffende kliniek, aangezien die niet beschikt over de benodigde apparatuur. Het onderzoeksbureau heeft de onderzoeksresultaten opgevraagd bij de behandelend arts, maar deze kon de gevraagde stukken niet overleggen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom de gevraagde stukken bij verzoekster opgevraagd. Haar echtgenoot heeft in reactie hierop gesteld dat het aan de ziektekostenverzekeraar is om deze stukken op te vragen bij de arts.
- 5.4. De echtgenoot van verzoekster heeft tijdens het onderzoek van de ziektekostenverzekeraar mede namens verzoekster met de ziektekostenverzekeraar gecommuniceerd. Hij heeft hierbij in de loop der tijd afwijkende verklaringen afgelegd.
- 5.5. De echtgenoot van verzoekster is in het kader van het onderzoek verhoord door de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft hierbij desgevraagd verklaard dat verzoekster als eerste ziek is geworden tijdens hun verblijf in Ghana. Omdat hij de reguliere ziekenhuizen in Ghana niet vertrouwt, heeft hij ervoor gekozen zich voor de zorg van verzoekster te wenden tot een arts in een privékliniek, door wie hij al eerder was behandeld. Bij de opname moest reeds een deel van de kosten worden aanbetaald. De arts had verteld dat een opname \$ 600,-- per dag zou gaan kosten. Dit tarief is zo hoog omdat verzoekster geen inwoner van Ghana is. Enkele dagen later is de zoon ziek

geworden en daarna ook de echtgenoot van verzoekster. De arts vermoedde dat sprake was van malaria en heeft hiernaar onderzoek verricht. Om uit te sluiten dat er nog andere ziekten speelden (bijvoorbeeld cholera) zijn nog meer onderzoeken uitgevoerd. De echtgenoot van verzoeker heeft tijdens het verhoor verklaard dat de CT-scans en röntgenonderzoeken in een andere kliniek hebben plaatsgevonden. Tijdens de opname zijn verzoekster, haar zoon en haar echtgenoot behandeld door middel van medicatie.

- 5.6. Voor de vergoeding van zorgkosten in het buitenland dient de verzekerde gespecificeerde nota's en betaalbewijzen in te dienen. Uit de rekeningen moet zonder verdere navraag kunnen worden opgemaakt tot welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden. Verzoekster heeft voor zichzelf en haar zoon kwitanties van vooruitbetaalde bedragen ingediend. Een gespecificeerde nota met daarop de kosten van de exact verleende zorg ontbreekt echter. Nu de nota's niet voldoende zijn gespecificeerd, komen deze niet voor vergoeding in aanmerking. Bovendien zijn de door verzoekster gedeclareerde bedragen voor de door haar en haar zoon genoten zorg extreem hoog en is er geen enkel bewijs geleverd dat deze bedragen ook echt zijn betaald.
- 5.7. Ingevolge artikel 4.20.6 van de zorgverzekering is een verzekerde bij opname in een buitenlands ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de alarmcentrale. Verzoekster heeft destijds geen contact gehad met de alarmcentrale. Zij heeft dan ook geen toestemming gekregen voor de opname van haarzelf of haar zoon.
- 5.8. De echtgenoot van verzoekster had een vergelijkbare zaak lopen, voor welke ziektekostenverzekering de ziektekostenverzekeraar eveneens risicodragers is. In de door de echtgenoot van verzoekster aangespannen bezwaarprocedure heeft de bezwaarcommissie besloten dat niet is bewezen dat sprake is van fraude. De vergoeding van de gedeclareerde zorgkosten is afgewezen, omdat de nota's onvoldoende zijn gespecificeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 26 november 2012 aan de gemachtigde van de echtgenoot van verzoeker medegedeeld - gezien voor- noemde beslissing op bezwaar – ook het royement van verzoekster en haar zoon ongedaan te maken en de andere maatregelen in te trekken. Bij brief van 4 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat thans alleen nog de afwijzing van de vergoeding van de in Ghana gemaakte kosten aan de orde is.
- 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 de artikelen 5.3.2 van de zorgverzekering en 9.1 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. Thans is nog in geschil het niet vergoeden van de door verzoekster gedeclareerde kosten.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

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

8.2. Artikel 4.20.6 van de zorgverzekering (2011) bepaalt dat verzekerden bij tijdelijk verblijf in een land anders dan het woonland, bij klinische opname in een ziekenhuis verplicht zijn zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Alarmservice van de ziektekostenverzekeraar.

8.3. Artikel 4.20.9 van de zorgverzekering (2011) bepaalt dat de verzekerde, om in vergoeding te komen van zorgkosten die hij in het buitenland heeft gemaakt, gespecificeerde rekeningen, in het Engels, Frans, Spaans, Duits of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingswijzen dient te overleggen.

8.4. Artikel 3.6.26 van de zorgverzekering (2011) bepaalt dat een nota zodanig gespecificeerd moet zijn, dat de ziektekostenverzekeraar zonder verdere navraag hieruit kan opmaken tot welke vergoeding hij is gehouden. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde is verplicht:

(...)

e. in voorkomende gevallen de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn, dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden, binnen 36 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de zorgverzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC, die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn ge maakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is; (...)”

8.5. In artikel 4.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010) is bepaald dat nota's op zodanige wijze dienen te zijn gespecificeerd dat hieruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Gelet op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 4 januari 2013 is thans niet meer in geschil dat sprake zou zijn van fraude. De in verband hiermee door de ziektekostenverzekeraar getroffen maatregelen zijn kennelijk ingetrokken zodat op dit punt geen geschil tussen partijen meer bestaat. Hetgeen partijen nog verdeeld houdt is het niet vergoeden van de ter declaratie ingediende nota's.

9.2. De ter declaratie ingediende nota's zijn onvoldoende gespecificeerd. Gelet op het bepaalde in de artikelen 4.20.9 van de zorgverzekering en 4.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering mocht om die reden de vergoeding daarvan worden geweigerd. Op grond van de op de nota's vermelde informatie is namelijk niet zonder meer

te herleiden welke zorg aan verzoekster en haar zoon is verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in de gelegenheid gesteld nadere gegevens te verstrekken. Verzoekster heeft dit evenwel nagelaten. Voorts ontbreken deugdelijke betalingsbewijzen ter zake van de in Ghana verleende zorg.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.4. Aangezien lopende de procedure de ziektekostenverzekeraar zijn claim dat sprake is van fraude heeft laten vallen, waardoor voor wat betreft dit punt geen geschil meer tussen partijen bestaat, acht de commissie termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het betaalde entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
- 10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 23 januari 2013,

Voorzitter