

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Veronderstelde fraude, registratie bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, registratie in het incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, buitenlandnota, declaraties, vordering onderzoekskosten
Zaaknummer : 2012.01166
Zittingsdatum : 26 september 2012

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, 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 basis van de verzekering Basis (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Jong 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. Verzoeker heeft op 6 oktober 2011 twee nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, beide ten bedrage van \$ 1.551,67, voor de aan hem verleende medische zorg gedurende zijn verblijf in Libanon in 2011.

3.2. Op 13 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat hij niet beschikt over voldoende informatie om een juiste beslissing over de vergoeding van voornoemde nota's te kunnen nemen. Verzoeker wordt daarom uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek. Dit gesprek heeft plaatsgevonden op 25 oktober 2011.

3.3. Op 28 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat de ingediende nota's zijn afgewezen en als frauduleus zijn aangemerkt. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoeker 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 € 1.249,50 voor de gemaakte onderzoekskosten bij verzoeker in rekening gebracht.

3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar na aanvullend onderzoek aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.5. Verzoeker heeft vervolgens een nieuwe, door het ziekenhuis aangepaste nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op deze nota zijn de kosten van de eerder ingediende twee nota's bij elkaar geteld. De ziektekostenverzekeraar heeft

bij brief van 29 februari 2012 ook deze declaratie afgewezen. De eerder in rekening gebrachte onderzoekskosten zijn bij deze gelegenheid verlaagd naar € 773,50.

- 3.6. Met het klachtenformulier van 8 mei 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten alsnog dient te vergoeden, moet afzien van de onderzoekskosten en de registraties ongedaan moet maken (hierna: het verzoek).
 - 3.7. 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.
 - 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
 - 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
 - 3.10. Verzoeker is op 26 september 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
 - 3.11. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar de commissie afschriften van de twee brondocumenten van de contactpersoon van het onderzoeksbureau zal doen toekomen, alsmede een cd met de weergave van het gesprek dat heeft plaatsgevonden tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar in het kader van het onderzoek.
 - 3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 oktober 2012 de gevraagde documenten alsmede de cd met daarop voornoemd gesprek gezonden. Deze zijn in afschrift doorgezonden naar verzoeker.
 - 3.13. Verzoeker heeft bij brief van 22 oktober 2012 op voornoemde stukken gereageerd. Een afschrift hiervan is op 29 oktober 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 12 november 2012 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 20 november 2012 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is van 21 september tot 5 oktober 2011 in Libanon geweest. Op 25 september 2011 is hij met buikpijnklachten naar het ziekenhuis gegaan, waar hij vervolgens drie dagen is opgenomen. In het ziekenhuis heeft hij verschillende onderzoeken ondergaan. De familie van verzoeker heeft bij de opname een bedrag betaald aan het ziekenhuis, zodat hij kon worden geholpen. Bij het ontslag diende hij de overige kosten te betalen. Ook deze kosten zijn door zijn familie voldaan, omdat verzoeker toen niet zoveel geld tot zijn beschikking had. Verzoeker heeft het ziekenhuis verzocht om de nota's voor de aan hem geleverde zorg. Hij heeft hierop twee nota's ont-

vangen, omdat de kosten in twee termijnen zijn betaald. Het is in Libanon voor een ziekenhuis overigens niet gebruikelijk nota's te verstrekken.

- 4.2. Na terugkomst in Nederland heeft verzoeker beide nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar vond deze nota's dubieus, omdat beide hetzelfde bedrag vermelden. Tijdens het gesprek met de ziektekostenverzekeraar heeft de echtgenote van verzoeker verklaard dat dit correct is. Achteraf heeft verzoeker een en ander echter nagevraagd bij zijn familie in Libanon. Toen bleek dat destijds twee verschillende bedragen zijn betaald. Het totaal van deze twee bedragen klopt echter wel.
- 4.3. Verzoeker heeft vervolgens contact opgenomen met het betreffende ziekenhuis. Hij heeft het ziekenhuis verzocht hem een nieuwe nota te verstrekken met daarop de vermelding van de totale kosten. Het ziekenhuis heeft hem hierop een nieuwe nota gezonden. Verzoeker heeft de nieuwe nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Ook deze nota is afgewezen. Tijdens het telefoongesprek dat verzoeker hierover had met de ziektekostenverzekeraar is hem verteld dat op de nieuwe nota staat vermeld dat de kosten voor 'room and board' \$ 200,-- per nacht bedragen, terwijl uit de informatie van het ziekenhuis is gebleken dat hiervoor \$ 100,-- per nacht wordt berekend. Verzoeker heeft dit nagevraagd bij het ziekenhuis. Hem is medegedeeld dat een administratieve fout is gemaakt. Het ziekenhuis heeft daarom een verklaring afgegeven dat verzoeker, door een administratieve fout, voor zijn verblijf in het ziekenhuis een bedrag van \$ 3.113,33 heeft betaald in plaats van het eigenlijk verschuldigde bedrag van \$ 2.813,33.
- 4.4. Verzoeker vindt de bij hem in rekening gebrachte onderzoekskosten erg hoog. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar daarom verzocht toe te lichten wat het onderzoek precies heeft ingehouden. Dit onderzoek bleek te hebben bestaan uit slechts één telefoongesprek van enkele minuten.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat hij in Libanon in het ziekenhuis opgenomen is geweest en dat toen een gastroscopie en een coloscopie hebben plaatsgevonden. Door een fout van het ziekenhuis zijn de kosten voor de ligdagen dubbel in rekening gebracht, maar dit is later door het ziekenhuis hersteld. Het ziekenhuis heeft hierover ook een verklaring afgelegd die is doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Ter zitting heeft verzoeker de originele verklaring aan de commissie laten zien.
- 4.6. Bij brief van 22 oktober 2012 heeft verzoeker, in reactie op de nadere informatie van de ziektekostenverzekeraar, gesteld dat alle problemen hadden kunnen worden voorkomen als het ziekenhuis destijds direct de juiste nota had verstrekt. Het is in Libanon niet gebruikelijk een nota te verstrekken voor zorgkosten. Verzoeker heeft bij zijn ontslag uit het ziekenhuis verzocht om een nota voor de gemaakte kosten. Hierop heeft hij een nota ontvangen waarop slechts de helft van het door hem betaalde bedrag was vermeld. Daarom heeft hij om nog een nota gevraagd. Het ziekenhuis heeft hiervoor gemakshalve een tweede uitdraai gemaakt die vrijwel overeenkomt met de eerste nota. De fout die hierdoor is gemaakt bij de facturering van de ligdagen is uiteindelijk door het ziekenhuis gecorrigeerd met de factuur van 20 februari 2012.
- 4.7. Verzoeker merkt op dat het onderzoeksbureau niet onafhankelijk is, aangezien deze is ingeschakeld door de ziektekostenverzekeraar. Uit het onderzoeksrapport blijkt niet wie de onderzoeker ter plaatse is. Bovendien ligt het niet voor de hand een agent uit

Syrië in te schakelen voor een onderzoek in Libanon, aangezien beide landen op gespannen voet met elkaar leven. Verzoeker vindt de bij hem in rekening gebrachte onderzoekskosten dubieus. Zeker nu deze in tweede instantie zijn verlaagd van € 1.249,50 naar € 773,50. De onderbouwing van deze kosten ontbreekt volledig. De ziektekostenverzekeraar stelt dat conclusies kunnen worden getrokken uit de diverse contacten tussen het ziekenhuis en het onderzoeksbureau. Nu gebleken is dat het onderzoeksbureau niet onafhankelijk is en *“de aard van de werkzaamheden cq de betrouwbaarheid van de onderzoeken in twijfel getrokken kan worden zijn deze conclusies van geen enkele waarde”*. Verzoeker meent dat hij de enige partij is die in deze procedure onderbouwde informatie heeft aangeleverd, te weten informatie van het ziekenhuis die is voorzien van een handtekening en stempel. Deze informatie dient als leidraad voor de beoordeling van het geschil te worden beschouwd. Het feit dat *“er onduidelijkheid is geweest over het exact te declareren bedrag is nog geen reden om aan te nemen dat er geprobeerd is fraude te plegen”*.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op 7 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een declaratieformulier met bijlagen ontvangen voor vergoeding van een behandeling (gastroscoopie) en de daarbij behorende ziekenhuisopname die hebben plaatsgevonden tijdens diens verblijf in Libanon. De bijlagen zijn twee identieke nota's voor voornoemde zorg. Naar aanleiding hiervan is verzoeker uitgenodigd voor een gesprek ten kantore van de ziektekostenverzekeraar. Nadat dit gesprek had plaatsgevonden, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verzocht een verklaring te ondertekenen en deze na ondertekening te retourneren, zodat de betreffende declaratie kon worden onderzocht. Verzoeker heeft voornoemde verklaring ondertekend geretourneerd. Hiermee heeft hij toestemming verleend voor het opvragen van informatie en het bij hem in rekening brengen, door de ziektekostenverzekeraar, van eventuele onderzoekskosten.
- 5.2. Het onderzoeksbureau heeft telefonisch gesproken met de financieel directeur van het betreffende ziekenhuis. Deze heeft verklaard dat verzoeker opgenomen is geweest van 25 tot en met 28 september 2011. Hij heeft voor deze opname éénmaal een bedrag van \$ 1.556,67 betaald. Verzoeker heeft verzocht om twee exemplaren van de nota, zodat hij er één zelf kon houden en de andere kon overhandigen aan de ziektekostenverzekeraar.
- 5.3. Bij brief van 28 november 2011 is verzoeker op de hoogte gesteld van het onderzoeksresultaat en de consequenties hiervan. In reactie hierop heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht om heroverweging van diens beslissing. Ook heeft hij een tweede, door hem bij het ziekenhuis opgevraagde nota meegezonden. Deze nieuwe nota is gedateerd op 2 december 2011, maar is verder hetzelfde als de beide nota's van 1 oktober 2011.
- 5.4. Op 27 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker de aanvullende onderzoeksresultaten gezonden. Vervolgens heeft verzoeker een nieuwe gedateerde nota van het Libanese ziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Alle bedragen/kostenposten op deze nota blijken te zijn verdubbeld. De opgetelde kosten van het tarief per nacht komen echter niet overeen met het tarief dat het ziekenhuis telefonisch heeft doorgegeven aan het onderzoeksbureau. De ziektekostenverzeke-

raar heeft verzoeker bij brief van 29 februari 2012 bericht dat de betreffende nota nog meer aanleiding geeft om te twijfelen aan de rechtmatigheid van de gedeclareerde kosten. Op 21 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een op 20 maart 2012 aangepaste nota ter hoogte van \$ 2.813,33 ontvangen, alsmede een verklaring van het ziekenhuis waarin staat dat verzoeker zelfs \$ 300,- meer heeft betaald dan hij was verschuldigd en dat het ziekenhuis dit bedrag aan één van zijn familieleden zal terugbetalen.

- 5.5. Nadat verzoeker met de onderzoeksresultaten werd geconfronteerd, heeft hij verklaard dat het gehele bedrag voor de behandeling en opname in twee delen is betaald. In tweede instantie is door het ziekenhuis – in tegenspraak met hetgeen eerder is verklaard – gesteld dat verzoeker niet één maar twee behandelingen heeft ondergaan tijdens zijn opname als gevolg waarvan twee identieke nota's zijn opgesteld. De ene nota zou zien op de gastroscopie en de andere op een coloscopie. Dit laatste kan echter niet kloppen. Uit het operatieverslag blijkt namelijk dat een gastroscopie heeft plaatsgevonden en dat verzoeker hiervoor was opgenomen in het ziekenhuis. Uit geen van de stukken blijkt dat tevens een coloscopie is uitgevoerd. Bovendien zou de tweede – identieke – nota dan tevens zien op dezelfde verblijfsduur van drie nachten in het ziekenhuis, waardoor in ieder geval de kosten voor het verblijf tweemaal zijn berekend.
- 5.6. Het ziekenhuis heeft vervolgens om onbegrijpelijke redenen een aangepaste factuur gemaakt waarop de kosten voor de kamer eenmaal in mindering zijn gebracht, zonder de daarbij behorende aanvullende informatie te verstrekken over de behandeling of data en/of verschillende codes voor de behandelingen. Het voorgaande maakt de zaak nog vreemder, omdat het ziekenhuis net daarvoor, op verzoek van verzoeker, al een nieuwe nota had gemaakt waarop alle kosten simpelweg waren verdubbeld.
- 5.7. De onderzoekskosten bedroegen in eerste instantie € 1.249,50. Het onderzoeksbureau heeft deze kosten echter verlaagd naar € 773,50, omdat de kosten van de Libanese onderzoeker achteraf lager uitvielen dan was begroot.
- 5.8. Verzoeker heeft een verkeerde voorstelling van zaken gegeven omtrent de door hem betaalde kosten voor zijn ziekenhuisopname in Libanon. Daarom heeft hij geen aanspraak op vergoeding van zijn declaratie en dient hij de onderzoekskosten aan de ziektekostenverzekeraar te vergoeden. Ook zijn de persoonsgegevens van verzoeker conform de polisvoorwaarden terecht opgenomen in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars alsmede in het incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het ziekenhuis, nadat de ziektekostenverzekeraar zijn onderzoeksresultaten bekend had gemaakt, op verzoek van verzoeker de nota tweemaal heeft aangepast en *“een ander verhaal heeft verzonnen”*. Een contactpersoon van het onderzoeksbureau heeft telefonisch gesproken met de financieel directeur van het ziekenhuis. Gebleken is dat verzoeker opgenomen is geweest van 25 tot en met 28 september 2011 en dat een gastroscopie heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar zal de brondocumenten in afschrift aan de commissie zenden alsmede een kopie van het gesprek dat in het kader van het onderzoek heeft plaatsgevonden tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Desgevraagd merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het ziekenhuis de gewijzigde nota van maart op verzoek van verzoeker heeft opgemaakt.

Deze nota is niet meer besproken met het onderzoeksbureau, omdat deze helemaal op het eind van de procedure is opgemaakt. Dus nadat was komen vast te staan dat de eerdere nota's niet konden kloppen in verband met de in rekening gebrachte ligdagen. Ten aanzien van de originele schriftelijke verklaring van het ziekenhuis over de aanpassing van de nota's meent de ziektekostenverzekeraar dat dit niet kan kloppen. Bovendien komt het niet overeen met een eerdere verklaring van verzoeker.

- 5.10. In het e-mailbericht van de contactpersoon, dat op 23 december 2011 door het onderzoeksbureau aan de ziektekostenverzekeraar is verzonden, wordt onder meer gesteld dat hij telefonisch heeft gesproken met de financiële afdeling van het ziekenhuis over het door verzoeker betaalde bedrag en dat uit dit gesprek is gebleken dat het door verzoeker geclaimde bedrag was verdubbeld. Gezien de huidige situatie ter plaatse is onderzoek alleen mogelijk via de telefoon. In het e-mailbericht van de contactpersoon, dat op 11 januari 2012 door het onderzoeksbureau aan de ziektekostenverzekeraar is verzonden, wordt vermeld dat het hoofd van de financiële afdeling van het ziekenhuis in eerste instantie heeft verklaard dat aan verzoeker op diens verzoek twee dezelfde (originele) nota's zijn verstrekt. In een tweede gesprek heeft zij echter verklaard dat verzoeker was ontslagen uit het ziekenhuis en daarna weer was opgenomen. Bij de eerste opname zou een gastroscopie zijn uitgevoerd en bij de tweede opname een coloscopie. Dit komt echter niet overeen met de in rekening gebrachte bedragen (twee maal de kosten voor de kamer voor dezelfde periode) en de verklaring van de arts.
- 5.11. De ziektekostenverzekeraar heeft tevens een verklaring van een in het ziekenhuis werkzame arts overgelegd. Op verzoek van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie de naam van deze arts niet bekend gemaakt aan verzoeker. Deze arts heeft verklaard dat verzoeker in het ziekenhuis opgenomen is geweest van 25 tot en met 28 september 2011 in verband met de diagnose "*Gastritis or a stomach ulcer*". Hiervoor is een gastroscopie uitgevoerd. De door verzoeker ter declaratie ingediende nota is correct. Alleen heeft verzoeker verzocht om twee exemplaren van dezelfde nota en heeft hij vervolgens beide exemplaren ter declaratie ingediend als zijnde twee separate nota's. Verzoeker heeft voor zijn medische behandeling een bedrag van \$ 1.556,67 betaald.
- 5.12. Naar aanleiding van de stelling van verzoeker dat het in Libanon niet gebruikelijk is een nota te verstrekken voor zorgkosten en dat hierdoor een fout is gemaakt bij het opmaken van de tweede nota, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 november 2012 opgemerkt dat verzoeker waarschijnlijk verwijst naar de gecorrigeerde nota van 20 maart 2012 in plaats van die van 20 februari 2012. Vóór de ontvangen aangepaste nota van € 2.813,33 was door verzoeker reeds tweemaal een aangepaste nota ter declaratie ingediend, die op zijn verzoek door het ziekenhuis was verstrekt. De eerste tijdens zijn bezwaar, waarmee verzoeker de tweede bij het ziekenhuis opgevraagde nota met als nieuwe datum 2 december 2011 meestuurde, en vervolgens de aangepaste nota van 6 februari 2012 ten bedrage van € 3.113,33. Hieruit blijkt dat het in Libanon wel gebruikelijk is nota's te verstrekken. "*Het gebeurt kennelijk telkens op eerste verzoek, en indien gewenst ook aangepast. Afgezien van het feit dat het volstrekt ongeloofwaardig is om op deze manier te factureren, is het ook niet aanneemelijk dat er een ander bedrag zou zijn betaald dan hetgeen hierover door het ziekenhuis in eerste instantie is verklaard, voordat [naam verzoeker] contact opnam met het ziekenhuis.*"

- 5.13. Verzoeker rept niet meer over de stelling die hij eerder – als eerste nieuwe verklaring voor de twee nota's - had ingenomen, namelijk dat de ene betrekking had op een gastroscopie en de tweede op een coloscopie. Ter zitting is ter sprake gebracht dat dit niet kan kloppen gezien het operatieverslag/de verklaring van de arts waaruit blijkt dat verzoeker was opgenomen van 25 tot en met 28 september 2011.
- 5.14. Verzoeker noemt het onderzoek door het onderzoeksbureau niet onafhankelijk en onjuist. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar de in het geding gebrachte stukken. Het ingeschakelde onderzoeksbureau staat bekend om zijn onafhankelijke onderzoek, mede op het gebied van bedrijfsrecherche voor verschillende bedrijven en overheden. De onderzoeksresultaten van dit bureau kunnen door verzoeker niet worden afgewimpeld met de niet-onderbouwde stelling dat volgens hem de medewerker van dit bureau alleen met het ziekenhuis zou hebben gebeld.
- 5.15. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 niet vergoeden van de door verzoeker gedeclareerde kosten, de opname van zijn persoonsgegevens in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars en het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, en het verhalen van de (externe) onderzoekskosten op verzoeker.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.
- 8.2. Artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:
- 8.3. *“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 en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 en de aanvullende ziektekostenverzekering kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen van de verplichting van de verzekeringnemer tot het verschaffen aan de ziektekostenverzekeraar van alle voor de berekening van de uitkering relevante gegevens, zulks met het oogmerk van fraude. 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 en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 sprake moet zijn van een opzettelijk gegeven onjuiste voorstelling van zaken. Naar het oordeel van de commissie zijn hiervoor de volgende feiten van belang.
- 9.5. Verzoeker verbleef van 21 september tot 5 oktober 2011 in Libanon. Op 25 september 2011 is hij met buikpijnklachten naar het ziekenhuis gegaan, waar hij drie dagen opgenomen is geweest. Hij heeft na terugkomst in Nederland twee nota's ten bedrage van \$ 1.556,67 voor zijn ziekenhuisopname ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In totaal is een bedrag van \$ 3.113,34 gedeclareerd.
- 9.6. In geschil is of voor de in Libanon genoten zorg één- of tweemaal het bedrag van \$ 1.556,67 is betaald.
- 9.7. De twee nota's van 1 oktober 2011 voor de ziekenhuisopname en behandeling van 25 september tot en met 28 september 2011, die verzoeker bij het declaratieformulier van 6 oktober 2011 ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend, zijn identiek. Op voornoemd declaratieformulier heeft verzoeker verklaard dat sprake is van twee aparte nota's, die elk zien op 50 percent van de kosten van de onderhavige zorg.
- 9.8. De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van voornoemde declaratie, nader onderzoek (laten) uitvoeren. Uit telefonische informatie van het betreffende ziekenhuis is gebleken dat verzoeker aldaar éénmaal een bedrag van \$ 1.556,67 heeft betaald. Verzoeker heeft destijds verzocht om twee nota's, zodat hij één exemplaar zelf kon houden en het andere kon indienen bij de ziektekostenverzekeraar. In een later stadium heeft dezelfde medewerker van het ziekenhuis deze verklaring echter gewij-

zigt. Door een andere medewerker van het ziekenhuis is desgevraagd echter schriftelijk bevestigd dat verzoeker éénmaal een bedrag van \$ 1.556,67 heeft betaald.

- 9.9. Nadat de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 28 november 2011 op de hoogte heeft gesteld van de onderzoeksresultaten, heeft verzoeker nog driemaal een gewijzigde nota voor de onderhavige zorg aan de ziektekostenverzekeraar overgelegd. De twee nota's van 2 december 2011 zijn – met uitzondering van de datum – identiek aan de twee nota's van 1 oktober 2011. De nota van 6 februari 2012 vermeldt dezelfde kostenposten als voornoemde nota's, maar de bedragen van de eerder gedeclareerde nota's zijn in dit geval opgeteld. Op de nota van 20 maart 2012 is op de kostenpost voor "room and board" een bedrag van \$ 300,-- in mindering gebracht ten opzichte van de nota van 6 februari 2012. In het begeleidend schrijven is door de administratie van het ziekenhuis verklaard dat verzoeker – door een fout van de financiële afdeling – een bedrag van \$ 3.133,33 heeft betaald in plaats van de verschuldigde \$ 2.813,33. Het verschil van \$ 300,-- zal aan zijn familie worden terugbetaald. Voorts wordt medegedeeld dat deze verklaring op verzoek is afgegeven. Verzoeker heeft op het klachtenformulier van 8 mei 2012 verklaard dat hij het ziekenhuis heeft verzocht een nota voor het totaalbedrag te sturen in verband met het onderhavige geschil. Nadat hij informatie had ingewonnen bij het Juridisch Loket heeft hij het ziekenhuis verzocht voornoemde nota te corrigeren ten aanzien van de gefactureerde kosten voor "room and board".
- 9.10. Naar aanleiding van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar, met toestemming van verzoeker, de commissie een cd gezonden met hierop het gesprek dat in het kader van het onderzoek heeft plaatsgevonden tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. De commissie is gebleken dat verzoeker tijdens dit gesprek heeft vermeld dat destijds in Libanon een gastroscopie is uitgevoerd. Er wordt evenwel geen melding gemaakt van een coloscopie of een tweede ziekenhuisopname.
- 9.11. Het vorenstaande doet een wezenlijk ander beeld ontstaan omtrent de door verzoeker ter declaratie ingediende nota's voor zijn ziekenhuisopname in Libanon in 2011 dan verzoeker heeft willen doen voorkomen met zijn aanvankelijke verklaring.
- 9.12. Het vorenoverwogene leidt tot de conclusie dat verzoeker bij zijn declaratie een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, meer specifiek door twee exemplaren van dezelfde nota te presenteren als twee separate nota's en op het declaratieformulier toe te lichten dat elke nota z iet op 50 percent van de kosten. Op basis van de gang van zaken zoals die uit voornoemde stukken naar voren is gekomen, concludeert de commissie dat verzoeker de vooropgezette bedoeling moet hebben gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Daartoe in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker deze conclusie niet ontzenuwd. Dit leidt tot het oordeel dat bij verzoeker sprake is geweest van opzet, in de zin van artikel 7:941, lid 5 BW. De ziektekostenverzekeraar beroept zich terecht op het verval van verzoekers recht op uitkering en heeft zijn gegevens terecht geregistreerd bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars en zijn interne incidentenregister.
- 9.13. De ziektekostenverzekeraar heeft de onderzoekskosten van € 773,50, bij verzoeker in rekening gebracht. Op grond van artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering kan de ziektekostenverzekeraar bij vastgestelde fraude de onderzoekskosten verhalen op de verzekerde. Verzoeker heeft de hoogte van de in rekening gebrachte kosten onvoldoende gemoti-

veerd betwist, zodat geen aanleiding bestaat de vordering ten bedrage van € 773,50 voor de gemaakte onderzoekskosten te laten vervallen of deze te matigen.

Conclusie

9.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 december 2012,

Voorzitter