

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Fraude, buitenlandnota, opname in intern incidentenregister, registratie bij Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars
Zaaknummer : 2010.00322
Zittingsdatum : 7 juli 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 7 augustus 2009: de ter declaratie ingediende nota voor geneeskundige zorg over de periode van 5 november 2008 tot en met 27 november 2008 (tijdens een verblijf in Afghanistan) niet te vergoeden; de reeds vergoede kosten voor geneeskundige zorg over de periode van 10 augustus 2007 tot en met 5 september 2007 (eveneens in Afghanistan) terug te vorderen; de (externe) onderzoekskosten op hem te verhalen; zijn gegevens op te nemen in het interne incidentenregister, en de registratie daarvan bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 1 + G3 en TandVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 7 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat uit het door hem ingeschakelde onderzoeksbureau ter plaatse verrichte onderzoek is gebleken dat verzoeker door het indienen van de nota en de door hem afgelegde verklaring een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven en een onware opgave heeft gedaan.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 21 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 8 februari 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte tot de conclusie is gekomen dat sprake is van fraude (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 mei 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 mei 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 mei 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker is op 7 juli 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt dat hij als vrijwilliger via de Internationale Organisatie voor Migratie in Nederland (IOM) in 2007 en 2008 is uitgezonden naar Afghanistan. Tijdens beide uitzendingen is hij opgenomen geweest in het ziekenhuis. In 2008 verbleef verzoeker gedurende drie weken in het Ferdous Hospital te Kabul, Afghanistan. Deze kosten heeft hij zelf betaald en na terugkomst in Nederland heeft hij de nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 maart 2009 medegedeeld dat de kosten niet worden vergoed. Verzoeker heeft daarop een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar is hierop ter plaatse een onderzoek gestart. Op grond van de uitkomsten van dit onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat verzoeker in 2007 en 2008 niet opgenomen is geweest in voornoemd ziekenhuis.
- 4.3. Verzoeker heeft hierop een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en is tevens een eigen onderzoek gestart. Uit het door verzoeker zelf verrichte onderzoek blijkt dat de verklaring van het ziekenhuis, waarop de ziektekostenverzekeraar zich baseert, niet voorzien is van een stempel. De in de verklaring genoemde naam van de directeur van het voornoemde ziekenhuis komt bovendien niet overeen met de officiële naam, en op het briefpapier van het ziekenhuis staat een ander telefoonnummer vermeld. Het ziekenhuis heeft tegenover verzoeker verklaard dat afgegeven documenten zonder officieel stempel van het ziekenhuis en zonder de handtekening van de directeur ongeldig zijn. Verzoeker heeft daarnaast twee verklaringen van de behandelend arts (met vertaling) overgelegd, waarin wordt verklaard dat verzoeker gedurende de periodes van 10 augustus tot 5 september 2007 en van 5 tot 27 november 2008 is opgenomen geweest in het ziekenhuis.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij bij de opname in 2007 nog niet wist van het bestaan van de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast beschikte hij niet over een telefoon, waardoor hij ook niet had kunnen bel-

len. Bij de opname in 2008 wist hij wel van het bestaan van de alarmcentrale en heeft hij deze ook gebeld.

In Afghanistan specificeren artsen hun nota's niet, omdat daar geen verzekeringsmaatschappijen bestaan waar dergelijke kosten gedeclareerd kunnen worden. Verzoeker heeft de door hem gebruikte geneesmiddelen via het ziekenhuis verkregen – er bestaan geen zelfstandige apotheken in Afghanistan – zodat hiervan geen aparte nota's zijn opgemaakt.

Verzoeker heeft nog steeds knieklachten. Hij is hiervoor door de huisarts verwezen naar een specialist. Er kan echter niets aan gedaan worden en verzoeker heeft het gebruik van geneesmiddelen afgewezen.

Verzoeker benadrukt dat het bewijs van betaling van de onderhavige kosten is overgelegd. De stempels zijn geldig, hetgeen door meerdere instanties, waaronder het ziekenhuis, het Afghaanse consulaat en het Afghaanse ministerie is bevestigd.

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 ziektekostenverzekeraar stelt dat een onderzoek ter plaatse is uitgevoerd naar de rechtmatigheid van de ingediende nota's over 2007 en 2008 met betrekking tot medische kosten gemaakt tijdens het verblijf van verzoeker in Afghanistan. Verzoeker zou van 10 augustus tot 5 september 2007 en van 5 tot 27 november 2008 opgenomen zijn geweest in het Ferdous ziekenhuis in Kabul. In 2007 zou sprake geweest zijn van tyfeuze koorts en acute virale hepatitis en in 2008 van osteoartritis. Uit voornoemd onderzoek is gebleken dat verzoeker in de betreffende periodes niet opgenomen is geweest in het ziekenhuis. Daarnaast is de arts Ahmed Noor Taufique, die de behandelingen zou hebben uitgevoerd, niet werkzaam in dit ziekenhuis. Dit blijkt mede uit de verklaring van dr. Ab Karim Mirzad, afdelingshoofd van het Ferdous ziekenhuis.

5.2. Daarnaast zijn de brieven van het ziekenhuis, zoals ingediend door verzoeker, aan te merken als ontslagbrieven. Een specificatie van de uitgevoerde behandelingen, toegediende geneesmiddelen en bedragen ontbreekt. Op grond van artikel A16 van de polisvoorwaarden dienen nota's zodanig gespecificeerd te zijn, dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld. Aan deze eis is niet voldaan.

5.3. Uit het verstrekkingenbeeld blijkt niet dat verzoeker in Nederland verder behandeld is in verband met tyfeuze koorts en/of osteoartritis. Wel is verzoeker behandeld in verband met een prostaatprobleem.

5.4. Verzoeker heeft in 2007 geen contact opgenomen met de ANWB alarmcentrale. In 2008 heeft hij dat wel gedaan. Verzoeker heeft de alarmcentrale op 25 november 2008 gemeld dat hij in Afghanistan is behandeld en dat hij de kosten zelf heeft betaald. Hij heeft hierbij niet gemeld dat hij op dat moment nog opgenomen was in het ziekenhuis. Op grond van de polisvoorwaarden dient de ANWB alarmcentrale direct te worden ingeschakeld, zodat de ANWB alarmcentrale kan controleren of sprake is van een opname en of er een indicatie is voor opname. Tevens kan de hoogte van de nota gecontroleerd worden en worden voorkomen dat de verzekerde zelf de nota moet voorschieten. Verzoeker heeft de alarmcentrale, en daarmee de ziektekostenverzekeraar, deze controlemogelijkheid ontnomen.

5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft geen aangifte gedaan bij de politie.

- 5.6. Verzoeker stelt in 2008 behandeld te zijn in verband met osteoartritis. Opname in een ziekenhuis is evenwel voor de behandeling van deze aandoening niet medisch noodzakelijk. Uit de stukken blijkt niet dat een operatief ingrijpen in 2008 medisch noodzakelijk was. Evenmin blijkt dat sprake was van een zodanige spoedeisendheid dat opname en behandeling onmiddellijk noodzakelijk waren, waardoor voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar – zoals bepaald in de polisvoorwaarden – achterwege kon blijven.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat opvallend is dat verzoeker in het ziekenhuis niet kon beschikken over een telefoon, terwijl op de gedeclareerde ziekenhuisnota's mobiele telefoonnummers staan vermeld. Ook in Afghanistan zal men een specificatie van de uitgevoerde behandelingen willen hebben. Ook zijn de ziekenhuizen daar goed ontwikkeld. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de nota zonder specificatie niet gecontroleerd kan worden. Uit de door verzoeker gedeclareerde kosten voor zorg die in Nederland is genoten, blijkt niet dat in Nederland een controle of behandeling heeft plaatsgevonden naar aanleiding van de ziekenhuisopnames in Afghanistan. Bij de indicaties op grond waarvan verzoeker in Afghanistan opgenomen zou zijn geweest, zou verdere behandeling aangewezen zijn.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoeker (een poging tot) fraude heeft gepleegd op grond waarvan het de ziektekostenverzekeraar is toegestaan over te gaan tot terugvordering van de uitgekeerde vergoeding over 2007; de vergoeding van de door verzoeker ingediende declaratie over 2008 te weigeren; de (externe) onderzoekskosten op verzoeker te verhalen; zijn gegevens op te nemen in het interne incidentenregister, en deze te laten registreren bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel B9 van de zorgverzekering (2008) bepaalt dat voor niet-spoedeisende, intramurale zorg in het buitenland voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist is. Het artikel luidt – voor zover hier van belang – als volgt:
- “Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.*
(...)”

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming hebt u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”

Artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2008) bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude, en luidt als volgt:

“Fraudebestrijding

Als u of de verzekeringnemer [naam ziektekostenverzekeraar] opzettelijk misleidt, vervallen uw rechten. U krijgt dan geen vergoeding. 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.”

In artikel A16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2008) is bepaald dat een nota zo gespecificeerd moet zijn dat het recht op vergoeding door de ziektekostenverzekeraar kan worden vastgesteld. Als een nota aan het voorgaande niet voldoet, ontvangt de verzekerde geen vergoeding.

Artikel B5 van de zorgverzekering (2008) bepaalt dat de verzekerde redelijkerwijs aangewezen moet zijn op de verleende zorg, en luidt als volgt:

“Natuurlijk ondergaat u alleen een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is of onnodig veel kost in vergelijking met andere zorgvormen, komt niet voor rekening van de verzekering.”

In de polisvoorwaarden van de zorgverzekering van 2007 zijn vergelijkbare bepalingen opgenomen in de artikelen 10, 13, 14 en 19.

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 (2008) en artikel 19 van de zorgverzekering van 2007 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 artikel 19 van de zorgverzekering van 2007 kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen, zulks met het oogmerk van fraude, van de verplichting van de verzekeringnemer tot het verschaffen aan de ziektekostenverzekeraar van alle

voor de berekening van de uitkering relevante gegevens. Die verplichting en sanctie zijn inmiddels ook neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. Sederd de inwerkingtreding op 1 januari 2006 van het nieuwe verzekeringsrecht als onderdeel van het Burgerlijk Wetboek in Boek 7, titel 17, BW is krachtens de hoofdregel van overgangsrecht (zie artikel 68a lid 1 Overgangswet nieuw Burgerlijk Wetboek) artikel 7:941 BW onmiddellijk van toepassing. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 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. Verzoeker verbleef in 2007 van 1 augustus tot 28 oktober in Afghanistan. Verzoeker heeft een nota voor opname in het Ferdous ziekenhuis te Kabul van 10 augustus tot 5 september 2007 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In 2008 verbleef verzoeker van 21 oktober tot en met 15 december in Afghanistan. Verzoeker heeft een nota voor opname in het Ferdous ziekenhuis te Kabul van 5 tot 27 november 2008 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Van beide nota's heeft verzoeker een vertaling overgelegd. Op beide nota's staan de gegevens van verzoeker in het Nederlands vermeld, de overige informatie staat in de lokale taal vermeld. Uit beide vertalingen blijkt gedurende welke periode verzoeker onder behandeling is geweest in het ziekenhuis, wat de gestelde diagnose is en wat de totale kosten van de behandeling zijn. Tevens vermelden beide nota's dat verzoeker na de behandeling een totale bedrust is voorgeschreven (in 2007 vijftien dagen en in 2008 twee weken). De nota's vermelden geen details over de behandeling of de onderzoeken die hebben plaatsgevonden; evenmin wordt vermeld dat verzoeker is opgenomen in het ziekenhuis.
- 9.5. De ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediende nota's voor ziekenhuisopnames in Afghanistan houden verband met tyfeuze koorts en acute virale hepatitis in 2007 en met osteoartritis in 2008. Door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat tyfus een serieus ziektebeeld is, hetwelk een ziekenhuisopname van enkele weken rechtvaardigt. Uit het verstrekkingenbeeld is echter niet gebleken dat verzoeker zich bij terugkomst in Nederland voor nabehandeling of controle tot een zorgverlener heeft gewend, waardoor het onwaarschijnlijk is dat hij in verband met deze indicatie is behandeld. Osteoartritis wordt volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar over het algemeen behandeld met NSIAD's. Normaal gesproken wordt men daarvan niet ziek en is opname niet aangewezen. Deze stellingen zijn door verzoeker niet danwel onvoldoende weersproken. Daarom neemt de commissie deze als vaststaand aan. Gezien het voorgaande concludeert de commissie dat niet is komen vast te staan dat verzoeker in 2007 en 2008 een indicatie had voor opname in het Ferdous ziekenhuis.
- 9.6. Verzoeker heeft op de door hem ondertekende toestemmingsverklaring van 11 juni 2009 aangetekend dat hij alleen akkoord gaat met de daarop vermelde voorwaarden als het Ferdous ziekenhuis officieel – met stempel en handtekening – verklaart dat de door hem ingediende nota niet op waarheid berust. De door de ziektekostenverzekeraar overgelegde verklaringen vermelden de naam en handtekening van een afdelingshoofd van het ziekenhuis. Verzoeker heeft een document met vertaling overgelegd van de vraagstelling van doctor Abdulkarim Nasrat, coördinator particuliere faciliteiten van het Ministerie van Volksgezondheid van Afghanistan, aan het Ferdous zie-

kenhuis. Het Ferdous ziekenhuis heeft hierop geantwoord dat documenten zonder de officiële stempel van het ziekenhuis en de handtekening van de directeur ongeldig zijn. Tevens heeft verzoeker een verklaring van het Afghaanse consulaat te Den Haag, met daarop een stempel van het Afghaanse Ministerie van Buitenlandse Zaken, overgelegd. In dit document wordt verklaard dat voornoemde vraagstelling is afgegeven door het Ministerie van Volksgezondheid van Afghanistan en bevestigd door het Ministerie van Buitenlandse Zaken van Afghanistan.

De commissie merkt op dat voor zover de hiervoor aangehaalde documenten een adequate beschrijving bevatten van de ter plaatse te volgen procedure, de door verzoeker ingediende nota's niet zijn ondertekend door de directeur van het ziekenhuis, maar door de behandelend arts, zodat ook deze – kennelijk – geen rechtskracht hebben.

- 9.7. Op grond van artikel 14 van de zorgverzekering 2007 en artikel A16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 2008 dient een nota zodanig gespecificeerd te zijn, dat het recht op vergoeding door de ziektekostenverzekeraar kan worden vastgesteld. De door verzoeker ter declaratie ingediende nota's zijn echter niet voldoende gespecificeerd.
- 9.8. De commissie concludeert dat niet is gebleken van een indicatie voor de beide ziekenhuisopnames. Voorts voldoen de door verzoeker ingediende nota's niet aan de, op grond van de plaatselijke regelgeving, daaraan te stellen eisen, zoals verwoord door het Ministerie van Volksgezondheid van Afghanistan en bevestigd door het ministerie van Buitenlandse Zaken van dat Land. Ook zijn de nota's niet voldoende gespecificeerd.

Het geheel van deze feiten doet een wezenlijk ander beeld ontstaan omtrent de door verzoeker ter declaratie ingediende nota's voor diens ziekenhuisopnames in 2007 en 2008 in het Ferdous ziekenhuis te Kaboel, Afghanistan dan verzoeker wil doen voorkomen met zijn verklaringen. De commissie komt tot het oordeel dat verzoeker voor zijn declaraties gebruik heeft gemaakt van een onjuiste voorstelling van zaken met gebruik van misleidende stukken. Op basis van de gang van zaken zoals die uit meergenoemde stukken naar voren is gekomen, komt de commissie verder tot het oordeel dat aan verzoekers handelen de vooropgezette bedoeling ten grondslag moet hebben gelegen tot misleiding van de ziektekostenverzekeraar. Dit leidt tot de verdere conclusie dat bij verzoeker tevens sprake is geweest van opzet, in de zin van bovengenoemd artikel 7:941, lid 5 BW als vereiste voor verval van recht op uitkering en beëindiging van aanvullende verzekering.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 augustus 2010,

Voorzitter