

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Veronderstelde fraude, registratie bij het Bureau Justitiele Zaken
van het Verbond van Verzekeraars, buitenlandnota's, declaratie,
vordering onderzoekskosten
Zaaknummer : 2012.01809
Zittingsdatum : 6 februari 2013

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 grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Standaard 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 28 december 2009 nota's ten bedrage van € 1.040,85 ingediend voor de aan hem verleende medische zorg gedurende zijn verblijf in Spanje.
- 3.2. Op 15 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat de betreffende declaratie is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende nota's als frauduleus aangemerkt. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars. Tevens wordt een bedrag van € 500,-- voor gemaakte onderzoekskosten op verzoeker verhaald.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Verzoeker heeft zich op 28 juni 2012 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. Bij brief van 15 augustus 2012 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen aan verzoeker medegedeeld geen ruime voor bemiddeling te zien.
- 3.5. Bij brief van 2 november 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten alsnog dient te vergoeden, dat hij afziet van het vorderen van de onderzoekskosten, dat verzoekers naam wordt verwijderd uit het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, en dat het door verzoeker betaalde bedrag van € 75,-- ter zake van rechtsbijstand wordt ver-

goed (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. Verzoeker heeft de commissie bij faxbericht van 28 november 2012 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 december 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 december 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 december 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 januari 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.10. De commissie heeft besloten partijen toch op te roepen voor de zitting. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 februari 2013 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Tijdens zijn verblijf in Spanje, in november 2009, heeft verzoeker zich enkele malen tot een arts gewend. Er was telkens sprake van spoedeisende medische hulp. Verzoeker heeft de Spaanse arts contant betaald. Vervolgens heeft hij de nota's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 4.2. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar op 11 februari 2010 telefonisch contact opgenomen met verzoeker. Hierbij werd verzoeker verzocht twee medische verklaringen over te leggen. Hierop heeft verzoeker contact opgenomen met de Spaanse arts om een verklaring te verkrijgen inzake de behandeling van 9 november 2009, aangezien deze verklaring nog niet in zijn bezit was. De conclusie van de ziektekostenverzekeraar dat om die reden sprake is van een frauduleuze declaratie, wordt niet met feiten onderbouwd. Immers, er is contact opgenomen met de Spaanse arts om aan het verzoek van de ziektekostenverzekeraar te kunnen voldoen. Dit heeft ertoe geleid dat de medische verklaring is gedateerd op 8 maart 2010. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de verklaring van de arts die ziet op de behandeling van 30 november 2009 ongedateerd is kan geen standhouden, aangezien uit de verklaring blijkt dat de behandeling op voornoemde datum plaatsvond en dat de verklaring op dezelfde datum is opgemaakt.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar is in het geheel niet ingegaan op de inhoud van de overgelegde medische verklaringen. Daarnaast wordt door de ziektekostenverzekeraar op geen enkele wijze aannemelijk gemaakt dat de gedeclareerde kosten excessief hoog zijn.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar verwijt verzoeker dat de Spaanse arts in twee verschillende gesprekken tegenstrijdige informatie heeft gegeven. Dit is onterecht, aangezien deze verklaringen niet voor zijn rekening komen. In verband met onderhavige kwestie heeft verzoeker nogmaals contact opgenomen met de Spaanse arts. Deze verklaarde dat hij in gebrekkig Spaans was benaderd. De gebrekkige kennis van de Spaanse taal van een medewerker van de ziektekostenverzekeraar en van het ingeschakelde onderzoeksbureau behoort voor rekening te komen van de ziektekostenverzekeraar. Dat door deze gebrekkige taalbeheersing misverstanden zijn ontstaan, is een kwestie die buiten de invloedssfeer van verzoeker ligt en niet ten grondslag kan worden gelegd aan het oordeel dat de declaratie frauduleus is.
- 4.5. Voorts stelt verzoeker dat het onderzoek door de ziektekostenverzekeraar erg lang heeft geduurd. Verzoeker vraagt zich af waarom hem werd verzocht medische verklaringen over te leggen als hierop toch niet inhoudelijk wordt ingegaan, en deze feitelijk buiten beschouwing zijn gelaten.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft € 500,-- bij verzoeker in rekening gebracht ter zake van onderzoekskosten. Inmiddels is deze vordering overgedragen aan een incassogemachtigde. Verzoeker vordert dat de hiermee samenhangende incassomaatregelen worden beëindigd. Daarnaast zijn verzoekers gegevens geregistreerd in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars. Dit dient te worden opgeheven. Voorts vordert verzoeker vergoeding van het door hem betaalde bedrag van € 75,-- ter zake van rechtsbijstand, en alsnog vergoeding van de declaratie.
- 4.7. Verzoeker heeft ter zitting zijn standpunten herhaald. Hij heeft hierbij benadrukt dat hij in Nederland woont en naar Spanje op vakantie gaat. In november 2009 kreeg hij in Spanje last van aambeien, griep en voetpijn. Verzoeker licht toe dat hij elk jaar van verzekeraar wisselt omdat hij niet anders kan als nota's telkens worden afgewezen. Bovendien is de overeenkomst voor één jaar aangegaan en staat in de wet dat men van verzekeraar mag veranderen. Verzoeker stelt verder dat hij naar een dokter gaat als hij ziek is, ongeacht of hij in Nederland of in Spanje verblijft. In reactie op de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de tarieven excessief hoog zijn verklaart verzoeker dat het de bedragen zijn die hij heeft betaald. Het zijn echte tarieven voor consulten, controles en analyses. Hiernaar gevraagd, antwoordt verzoeker dat de Spaanse artsen zijn betaald met geld dat hij van zijn ouders heeft gekregen.
- 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. Verzoeker heeft medische kosten, die hij heeft gemaakt in Spanje, gedeclareerd. Aangezien de nota's vragen oproepen, is een onderzoek ingesteld. In dit kader heeft veelvuldig telefonisch contact met verzoeker plaatsgevonden. Verzoeker gedroeg zich vaak agressief jegens de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Tevens heeft een hoorzitting plaatsgevonden. Het volgende is uit het onderzoek gebleken.
- 5.2. Verzoeker kiest ieder jaar voor een andere verzekeraar. De nota's die door hem bij de andere verzekeraars zijn ingediend, zijn nagenoeg allemaal voor medische hulp in Spanje en met name bij de betreffende Spaanse arts. Bovendien geeft verzoeker aan buitengewoon veel consulten tijdens zijn verblijf in Spanje te hebben gehad. Verzoer-

ker stelt regelmatig griep en/of voetpijn te hebben en/of te zijn gevallen op zijn natuurlijke gebit, waardoor hij medische kosten moest maken. Gezien de grote regelmaat van soortgelijke meldingen bij de diverse verzekeraars valt ernstig te betwijfelen of de meldingen op waarheid berusten. Verzoeker kan in het geheel geen betalingsbewijzen overleggen. De in rekening gebrachte tarieven zijn excessief hoog en niet conform de Spaanse standaarden. Een door verzoeker overgelegde medische verklaring voor de in november en december 2009 gemaakte medische kosten bij de Spaanse arts dateert van 8 mei 2009. De andere verklaring is ongedateerd. De Spaanse arts geeft tegenstrijdige informatie. Verzoeker heeft contact opgenomen met de Spaanse arts om door te geven dat de nota's die hij had ingediend zouden worden geverifieerd door de ziektekostenverzekeraar. Dit is niet gebruikelijk in een arts-patiëntrelatie.

- 5.3. De door verzoeker ingediende nota's worden derhalve afgewezen en als frauduleus aangemerkt. Artikel 14 lid 1 van de zorgverzekering is van toepassing. Dit houdt in dat verzoekers declaratie van 28 december 2009 niet voor vergoeding in aanmerking komt. Bovendien is verzoeker € 500,-- verschuldigd, uit hoofde van de aan hem doorberekende kosten van het onderzoek. Incassomaatregelen ter zake hiervan worden niet beëindigd. Het incident is gemeld bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, waarna verzoekers persoonsgegevens in het Incidentenregister zijn opgenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft geen aangifte gedaan van dit incident. De eigen bijdrage voor rechtsbijstand die verzoeker heeft betaald, blijft voor zijn rekening.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting zijn standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker erg vaak last heeft van griep, vooral als hij in Spanje verblijft. Vanuit Nederland worden bijna geen kosten gedeclareerd. Een bedrag van € 200,-- of € 275,-- voor een consult is excessief. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat door verzoeker geen betalingsbewijzen zijn overgelegd, maar enkel nota's. Verzoeker had geen moeite met de afwijzing van de nota's. Wel kwam hij op tegen de gevorderde onderzoekskosten.
- 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 18 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn het niet vergoeden, door de ziektekostenverzekeraar, van de kosten van de door verzoeker in Spanje genoten zorg, de opname van zijn persoonsgegevens in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars en het op hem verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 500,--.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude en/of opzettelijke misleiding. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat, indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft ingediend of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of anderszins heeft gehandeld met het opzet [naam ziektekostenverzekeraar] te benadelen. In een dergelijk geval vervalt het recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

lid 2 Bij een vermoeden van fraude zal [naam ziektekostenverzekeraar] ter vaststelling daarvan een onderzoek (laten) instellen. Zodanig onderzoek schort de verplichting tot uitbetaling van het verzoek om kostenvergoeding op.

lid 3 Bij een vastgestelde fraude zal [naam ziektekostenverzekeraar] aangifte doen bij Justitie en registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen alsmede een reeds uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen. (...)”

- 8.3. In artikel 1 van de zorgverzekering is de definitie van het begrip fraude, zoals bedoeld in de zorgverzekering, opgenomen, en deze luidt als volgt:

“Fraude: Het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.”

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 14 van de zorgverzekering 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 14 van de zorgverzekering 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 neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel 14 van de zorgverzeke-

ring gebezigde terminologie “verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft ingediend of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of anderszins heeft gehandeld met het opzet [naam ziektekostenverzekeraar] te benadelen” 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 5 november 2009 tot en met 21 december 2009 in Spanje. Hij heeft na terugkomst in Nederland nota's ten bedrage van in totaal € 1.040,85 voor behandelingen van hemzelf en voor geneesmiddelen ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 9.6. In de twee door verzoeker overgelegde verklaringen van de behandelend arts wordt medegedeeld dat verzoeker zich tot hem heeft gewend op 9 november 2009 in verband met “trombosis Hemorroidal” en op 30 november 2009 in verband met griep-symptomen.
- 9.7. Op de nota's is vermeld “*consulte y controle*” met bijbehorende bedragen van € 150,-- respectievelijk € 50,--. Daarnaast zijn door de Spaanse arts diverse geneesmiddelen voorgeschreven. Nadien – op 8 maart 2010 – heeft de Spaanse arts een medische verklaring opgesteld. Op de nota van 30 november 2009 is zeer summier omschreven waarvoor verzoeker zich tot de arts had gewend.
- 9.8. De commissie stelt vast dat de authenticiteit van de nota's door de ziektekostenverzekeraar niet is bestreden. Voorts is niet aannemelijk geworden dat de kosten niet door verzoeker zijn betaald. Hiernaar gevraagd, is door de ziektekostenverzekeraar niet gesteld dat de polisvoorwaarden bepalen dat betaalbewijzen zijn vereist voor de vergoeding van zorg. Uit het declaratieformulier van de ziektekostenverzekeraar blijkt enkel dat originele nota's dienen te worden ingezonden. Daarnaast is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de tarieven excessief hoog zijn in relatie tot de plaatselijke tarieven. Hiertoe merkt de commissie op dat, wat daar ook van zij, dit gegeven verzoeker niet kan worden tegengeworpen. Evenmin kan verzoeker worden tegengeworpen dat hij zorgkosten maakt als hij op vakantie is in Spanje. Verder is de commissie gebleken dat de voorgeschreven medicijnen verband houden met de gestelde klachten tijdens verzoekers verblijf in Spanje. Het is de commissie tot slot opgevallen dat in artikel 14 lid 3 van de zorgverzekering is bepaald dat bij vastgestelde fraude aangifte zal worden gedaan bij Justitie. In het onderhavige geval is dit evenwel niet gebeurd, ondanks de gestelde harde aanwijzingen.
- 9.9. De commissie komt daarom tot de vaststelling dat verzoeker bij zijn declaratie geen onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven. Dit leidt tot het oordeel dat bij verzoeker geen sprake is geweest van opzet, in de zin van artikel 7:941 lid 5 BW. De ziektekostenverzekeraar beroept zich dan ook onterecht op het verval van verzoekers recht op uitkering en heeft zijn gegevens onterecht geregistreerd bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars.

- 9.10. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar (een deel van) de onderzoekskosten, een bedrag van € 500,--, op verzoeker verhaald. Op grond van artikel 14 lid 3 van de zorgverzekering kan de ziektekostenverzekeraar alleen bij vastgestelde fraude de onderzoekskosten verhalen op de verzekerde. Nu geen fraude is vastgesteld, dient de vordering voor de gemaakte onderzoekskosten ten bedrage van € 500,-- te vervallen.
- 9.11. Verzoeker heeft tevens vergoeding van de door hem gemaakte kosten van rechtsbijstand ten bedrage van € 75,-- gevorderd. Deze vordering is door hem in voldoende mate onderbouwd en gespecificeerd. De commissie oordeelt daarom dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot vergoeding van € 75,-- ter zake van de door verzoeker gemaakte kosten van rechtsbijstand.

Conclusie

- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.13. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 20 februari 2013,

Voorzitter