

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door E te F, tegen C te D  
Zaak : Veronderstelde fraude, opname in intern incidentenregister, registratie bij Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), buitenland nota, terugvordering uitgekeerde vergoeding, vordering onderzoekskosten  
Zaaknummer : 2009.01602  
Zittingsdatum : 13 januari 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E te F,  
tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 31 juli 2008, waarbij is geconcludeerd dat zij heeft getracht de ziektekostenverzekeraar financieel te benadelen. De gedeclareerde kosten voor medische zorg, haar verleend tijdens het verblijf in Bosnië in 2007, zijn naar aanleiding hiervan niet vergoed; de (externe) onderzoekskosten zijn op haar verhaald; haar gegevens zijn opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en haar volledige personalia zijn doorgegeven aan de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Na het indienen van declaraties voor medische zorg, verleend aan verzoekster tijdens het verblijf in Bosnië in 2007, is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart naar de rechtmatigheid van alle ingediende declaraties voor medische zorg, verleend in Bosnië in 2006 (ten behoeve van haar echtgenoot) en 2007 (ten behoeve van haar en haar minderjarige kinderen). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 31 juli 2008 op de hoogte gebracht van de uitkomst van dit onderzoek. In deze brief wordt geconcludeerd dat verzoekster “door het insturen van 15 documenten medische kosten [naam arts] (heeft) getracht [naam ziektekostenverzekeraar] financieel te benadelen c.q. heeft u [naam ziektekostenverzekeraar] financieel benadeeld”. De gedeclareerde kosten voor medische zorg, verleend tijdens het verblijf in Bosnië in 2007 aan verzoekster en haar kinderen, zijn naar aanleiding hiervan niet vergoed; de bij de ziektekostenverzekeraar in rekening gebrachte (externe) onderzoekskosten zijn op haar verhaald; haar gegevens zijn opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, en haar volledige personalia zijn doorgegeven aan de Stichting CIS te Zeist.
- 3.3. Bij brief van 12 september 2008 heeft verzoekster gemotiveerd verweer gevoerd. Verzoekster volhardt in haar stelling dat zij geen fraude heeft gepleegd en dat zij de door haar bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde kosten daadwerkelijk aan [naam arts] heeft betaald.

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 26 september 2008 gereageerd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat uit het fraudeonderzoek ondermeer is gebleken dat in ieder geval een deel van de gedeclareerde zorg niet in de praktijk van de betreffende arts kan zijn verleend.
- 3.5. Bij brief van 15 oktober 2008 heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar bericht dat zij bij haar stelling blijft: Zij heeft geen fraude gepleegd en meent dat zij de door de ziektekostenverzekeraar bij haar in rekening gebrachte onderzoekskosten niet hoeft te betalen.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft hier bij brief van 23 oktober 2008 inhoudelijk op gereageerd.
- 3.7. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.8. Bij brief van 29 juni 2009 heeft de echtgenoot van verzoekster namens hen beiden de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de terugvordering van de reeds uitgekeerde vergoeding intrekt; dat hij de nog openstaande declaraties vergoedt; dat hij de gevorderde (externe) onderzoekskosten voor zijn rekening neemt, en dat hij hun namen verwijderd uit zowel het interne Incidentenregister als het register van de Stichting CIS (hierna: het verzoek).
- 3.9. De commissie heeft de echtgenoot van verzoekster bij brief van 8 juli 2009 bericht dat zaken op individuele basis worden behandeld. Het door de echtgenoot van verzoekster aangebrachte geschil heeft mede betrekking op zijn gezinsleden. Deze gezinsleden hebben echter ieder een eigen polis. De commissie heeft hem derhalve met de brief van 8 juli 2009 medegedeeld dat het geschil vooralsnog wordt beperkt tot zijn zaak. Indien de andere betrokkenen eveneens prijs stellen op tussenkomst door de commissie, zal daartoe een separaat verzoek moeten worden gedaan.
- 3.10. Verzoekster heeft vervolgens een separaat verzoek gedaan haar zaak en die van haar kinderen in behandeling te nemen.
- 3.11. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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, voor zo ver deze nog niet reeds in het bezit van de ziektekostenverzekeraar waren.
- 3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 19 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 november 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.13. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 november 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 december 2009 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.14. Verzoekster is op 13 januari 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar (dat sprake is van - een poging tot - fraude) onjuist is en dat onvoldoende bewijs aanwezig is om dat standpunt te onderbouwen. De berichtgeving van het ingeschakelde onderzoeksbureau is niet correct. Het onderzoek is niet volledig geweest; er is geen enkel (overtuigend) bewijs aangedragen, en de conclusies worden gemotiveerd tegengesproken door de gegevens van verzoekster. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar is dan ook niet houdbaar. De gedeclareerde behandelingen zijn daadwerkelijk ondergaan. Deze zijn, ook volgens diens eigen schriftelijke berichten, door [naam arts] verricht. Verzoekster heeft de in rekening gebrachte kosten ook aan deze arts betaald. Zij meent dan ook recht te hebben op vergoeding. Verzoekster is verder van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de gevorderde onderzoekskosten dient kwijt te schelden; dat hij een bedrag ter hoogte van de openstaande declaraties aan haar dient te vergoeden, en dat hij haar naam uit de genoemde registers moet verwijderen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de gedeclareerde bedragen contant zijn betaald aan de zorgverlener. Omdat de echtgenoot van verzoekster in 2007 niet genoeg geld bij zich had, heeft hij geld geleend van een vriend. Hij heeft geen kwitantie gekregen voor de betaling; deze bestaat uit de nota's die ook aan de ziektekostenverzekeraar zijn gezonden. Omdat verzoekster en haar echtgenoot in Nederland wonen, zijn de nota's in euro's opgesteld. Verzoekster merkt hierbij op dat in Bosnië met alle munteenheden kan worden betaald. Desgevraagd heeft de echtgenoot van verzoekster verklaard dat de arts bij behandeling van de lokale bevolking een deel van de kosten vergoed krijgt van de verzekeraar. Bij buitenlanders geldt dit niet, zodat het gehele bedrag bij de patiënt in rekening wordt gebracht. Verzoekster meent dat de bedragen die in rekening zijn gebracht niet veel hoger liggen dan de bedragen die in Nederland voor deze zorg wordt gehanteerd.
- 4.3. Desgevraagd heeft de betreffende arts laten weten de verklaringen van verzoekster en haar echtgenoot te ondersteunen. De arts heeft verklaard welke onderzoeken hebben plaatsgevonden en welke apparatuur hij daarbij heeft gebruikt. Verzoekster weet niet op een andere manier zij moet aantonen dat een en ander op deze wijze is verlopen en dat alle behandelingen daadwerkelijk hebben plaatsgevonden.
- 4.4. Ten aanzien van het feit dat in twee opeenvolgende jaren precies dezelfde behandeling wordt gedeclareerd, namelijk de behandeling met infusen bij een voedselvergiftiging bij haar echtgenoot in 2006 en in 2007 bij haarzelf en haar kinderen, merkt verzoekster op dat een en ander berust op toeval. Gezien de levensstandaard en de voorschriften voor hygiëne in Bosnië is het niet onwaarschijnlijk dat tweemaal voedselvergiftiging is opgelopen.
- 4.5. Verzoeksters echtgenoot heeft via internet onderzoek gedaan naar de behandelmethoden in het geval van voedselvergiftiging. Als de klachten ernstig zijn, wordt aangeraden een huisarts te raadplegen. In dat geval kan het, met het risico op uitdroging, aangewezen zijn een infuus aan te leggen. Dat verklaart de behandelingen in Bosnië. Met betrekking tot het 'echo-apparaat' merkt verzoekster op dat de arts specifiek

heeft aangegeven dat het apparaat is gebruikt, en op welke wijze. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat de op de nota's vermelde bedragen onduidelijk zouden zijn, is naar mening van verzoekster mager.

- 4.6. Verzoekster is van mening dat artsen in Bosnië en Nederland niet zijn te vergelijken; in Nederland wacht men langer met bijvoorbeeld het voorschrijven van medicijnen en het aanleggen van infusen. Zij was daarom niet verbaasd dat de Bosnische arts direct infusen en medicijnen voorschreef.
- 4.7. Verzoekster benadrukt dat haar kinderen in 2007 ernstig ziek waren en geholpen moesten worden. De ziektekostenverzekeraar lijkt echter niet bereid te zijn tot een grondig onderzoek, vanwege de hoge kosten die daaraan zijn verbonden.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat uit onderzoek is gebleken dat een deel van de gedeclareerde behandelingen niet kon plaatsvinden in de praktijk van de betreffende arts in Bosnië, omdat deze arts daar de faciliteiten niet voor heeft. Uit informatie van artsen uit dezelfde regio is gebleken dat medische zorg bij de genoemde klachten noodzakelijk is, maar dat huisbezoeken zeker niet zijn aan te raden in verband met infectiegevaar en het epidemische karakter van de ziekte. Ook zijn de in rekening gebrachte kosten absurd hoog en niet relevant voor de regio. Daarnaast komen de in rekening gebrachte kosten niet overeen met de bedragen voor consulten/behandelingen zoals genoemd op de prijslijst van de betreffende arts. De ziektekostenverzekeraar heeft in het kader van het fraudeonderzoek op 1 juli 2008 een persoonlijk gesprek gehad met de echtgenoot van verzoekster. Ook verzoekster was uitgenodigd voor dit gesprek, maar haar echtgenoot heeft tijdens dit gesprek verklaard dat zij daar geen tijd voor had en dat hij van mening was dat haar aanwezigheid niet zo belangrijk was. De door verzoekster verstrekte gegevens komen niet overeen met de gegevens zoals op de ingediende documenten vermeld staan, zoals uitgevoerde behandelingen en data van de behandelingen. De door de behandelend arts aan verzoekster verstrekte informatie is niet correct, hetgeen blijkt uit het onderzoek ter plaatse door het door de ziektekostenverzekeraar ingeschakelde onderzoeksbureau. De agent van dit onderzoeksbureau heeft de arts weliswaar niet in diens praktijk gesproken, maar hij is wel vooraf in de praktijk geweest en heeft daarbij ook foto's gemaakt en vastgesteld over welke faciliteiten de praktijk beschikt.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft geen aangifte van fraude gedaan bij de politie, omdat wettige "harde" bewijzen ontbreken.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter onderbouwing van zijn standpunt verwezen naar artikel 17 van de polisvoorwaarden. Er moet sprake zijn van valse voorwendzelen of een onjuiste voorstelling van zaken. In het geval van verzoekster klopt een aantal dingen niet. Sommige behandelingen lijken niet te hebben plaatsgevonden, zoals bijvoorbeeld de echo- en laboratoriumonderzoeken. Deze zijn namelijk niet vermeld op de nota. Verder is de behandeling niet in overeenstemming met het ziektebeeld. Zo ligt het voorschrijven van vitamine B bij een voedselvergiftiging niet voor de hand.

- 5.4. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard geen onderzoek te hebben gedaan naar de tarieven die normaliter voor een dergelijke behandeling in Bosnië gelden en daar aan personen die niet in Bosnië wonen in rekening plegen te worden gebracht.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat sprake is van fraude als bedoeld in de zorgverzekering en dat derhalve terecht vergoeding is geweigerd, de (externe) onderzoekskosten terecht zijn verhaald, en dat de gegevens van verzoekster terecht zijn opgenomen in het interne Incidentenregister en haar volledige personalia terecht zijn doorgegeven aan de Stichting CIS te Zeist.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster (een poging tot) fraude heeft gepleegd op grond waarvan het de zorgverzekeraar is toegestaan de vergoeding van de door verzoekster ingediende declaraties te weigeren, alsmede de (externe) onderzoekskosten op haar te verhalen, haar gegevens op te nemen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en haar volledige personalia door te geven aan de Stichting CIS te Zeist.
- 7.2. De commissie overweegt dat eerst vastgesteld dient te worden of sprake is van fraude, zoals bedoeld in artikel 17 van de zorgverzekering. Artikel 17 van de zorgverzekering luidt:

*“17.1 Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.*

*17.2 Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt indien u (verzekeringnemer) en/of verzekerde en/of een bij de aanspraak c.q. de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. 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.*

*17.3 Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:*

- a aangifte doen bij de politie;*
- b de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;*
- c registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;*
- d uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.”*

- 7.3. Gelet op de ernstige gevolgen die een geconstateerde fraude als bedoeld in artikel 17, lid 1 van de zorgverzekering 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 onduidelzinnig aan te tonen.
- 7.4. Naar het oordeel van de commissie zijn op basis van het onderzoeksrapport dat door de ziektekostenverzekeraar in het geding is gebracht, tegenover de gemotiveerde be-

twisting daarvan door verzoekster, onvoldoende feiten en omstandigheden komen vast te staan die kunnen leiden tot het oordeel dat sprake is van aantoonbare fraude aan de zijde van verzoekster.

Van belang is in dit verband in de eerste plaats de door verzoekster overgelegde verklaring, waaruit op zichzelf beschouwd blijkt dat de behandelingen daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. Aannemelijk is dat de arts de medische situatie als ernstig heeft aangemerkt en een behandeling heeft toegepast bestaande uit een infuus, bloedonderzoeken en een echo. Of zulks in medisch opzicht ook noodzakelijk was is niet ter beoordeling van de commissie.

- 7.5. Met de verklaring van de arts - die gespecificeerd vermeldt welke apparatuur is gebruikt – heeft verzoekster ten aanzien van de kosten van de laboratorium- en echo-onderzoeken de beschuldiging van fraude op dit punt voldoende weersproken.
- 7.6. Daarnaast wordt – zoals eveneens uit het onderzoeksrapport naar voren komt – door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de geneesmiddelen, die zijn gedeclareerd, niet door de arts kunnen zijn geleverd, aangezien diens praktijk niet zou zijn toegerust op het leveren van geneesmiddelen. Deze stelling berust, zoals in de onderhavige procedure naar voren is gekomen, op waarneming van een agent ter plaatse buiten aanwezigheid van de arts in diens praktijk. Van de juistheid van deze stelling is de commissie voor het onderhavige geval niet overtuigd.
- 7.7. Voor de geconstateerde afwijking van de behandeltarieven door artsen in Sarajevo en omstreken heeft verzoekster ter zitting een plausibele verklaring gegeven door erop te wijzen dat het in Bosnië gebruikelijk is aan lokale patiënten en niet aldaar woonachtige patiënten verschillende tarieven in rekening te brengen. Naar de wijze van declareren is door de ziektekostenverzekeraar geen onderzoek gedaan, terwijl hij de stelling van verzoekster op dit punt niet dan wel onvoldoende heeft weersproken, zodat van de juistheid van die stelling moet worden uitgegaan.
- 7.8. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat de declaraties in contanten zijn voldaan, hetgeen wordt bevestigd door de ondertekening en afstempeling door de arts van de onderhavige nota's. Facturering in euro's is bovendien, zoals verzoekster tijdens bezoeken aan Bosnië gebleken is, aldaar zeer gebruikelijk. Gelet op de ondertekening en afstempeling door de arts, hetgeen als een kwitering ter zake van het ontvangen bedrag heeft te gelden, en de omstandigheid dat door de ziektekostenverzekeraar niet dan wel onvoldoende is bestreden dat in Bosnië betaling van medische kosten in euro's niet ongebruikelijk is, is voldoende aannemelijk geworden dat de nota's ter plaatse zijn voldaan.

## **Conclusie**

- 7.9. Op grond van bovenstaande moet worden geoordeeld dat niet is aangetoond dat sprake is van fraude in de zin van voormeld artikel 17, lid 1 van de zorgverzekering. De door verzoekster gedeclareerde kosten voor de in 2007 in Bosnië verleende medische zorg van haar en haar kinderen dienen derhalve alsnog aan haar te worden vergoed. Voorts dienen de gevorderde onderzoekskosten voor rekening van de ziektekostenverzekeraar te blijven, en dient de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht over te gaan tot onmiddellijke beëindiging van de registratie van verzoekster in zijn incidentenregister onderscheidenlijk in het CIS-register te Zeist.

7.10. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar tevens het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 24 februari 2010,

Voorzitter