

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Veronderstelde fraude, registratie in het interne incidentenregister en bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, buitenlandnota, declaraties, terugvordering reeds uitgekeerde vergoedingen, vordering onderzoekskosten
Zaaknummer : 2012.03155
Zittingsdatum : 25 september 2013

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) D beide te E,

hierna gezamenlijk 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 ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 juncto artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 2 zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker verbleef van 24 januari tot en met 2 maart 2009 in India. Hij heeft op 3 maart 2009 nota's ingediend voor door hem genoten medische zorg tijdens zijn verblijf aldaar, bestaande uit consulten, stollingsmedicatie en laboratoriumonderzoeken.

3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 25 juni 2009 medegedeeld dat hij de door verzoeker ter declaratie ingediende nota's wil onderzoeken, aangezien de rechtmatigheid van de meeste buitenlandse nota's moeilijk is vast te stellen en de gedeclareerde medische kosten hoog zijn. Verzoeker is verzocht hiertoe een verklaring te ondertekenen. Met deze verklaring wordt door hem toestemming verleend voor onderzoek naar de nota's over 2007, 2008 en 2009. Hierbij is vermeld dat de kosten van het onderzoek voor rekening van verzoeker komen indien blijkt dat de nota's niet rechtmatig zijn. Verzoeker heeft voornoemde verklaring op 29 juni 2009 ondertekend en naar de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 18 augustus 2009 medegedeeld dat hij met het indienen van de nota's en de door hem afgelegde verklaring een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven en een onware opgave heeft gedaan. Omdat sprake is van partiële fraude, komt de gehele schadeclaim niet voor vergoeding in aanmerking. De door verzoeker ingediende nota's voor door hem in India genoten medische zorg in 2009, met een totaalbedrag van INR 774.750,00 worden daarom niet vergoed. De ten onrechte vergoede medische kosten over 2007 en

2008 met een totaalbedrag van € 46.514,47 worden teruggevorderd. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en is het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars van deze registratie op de hoogte gesteld. Voorts worden de onderzoekskosten van € 2.513,28 bij verzoeker in rekening gebracht.

- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 5 december 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten alsnog moet vergoeden, dat hij afziet van het vorderen van de uitgekeerde zorgkosten over de jaren 2007 en 2008 en van de door hem gemaakte onderzoekskosten, en dat hij de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en de melding hiervan bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars ongedaan maakt (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. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 mei 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 juni 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 september 2013 in persoon gehoord. Tijdens de zitting heeft de commissie partijen toegezegd dat deze een afschrift krijgen van de door het secretariaat van de commissie gemaakte samenvatting van het gesprek dat op 26 augustus 2009 heeft plaatsgevonden tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Deze samenvatting is op 27 september 2013 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 30 september 2013 gebruik gemaakt van deze gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is in 2007, 2008 en 2009 in India geweest. Hij is bekend met een ernstige vorm van hemofilie A, waarvoor hij stollingsmedicatie moet gebruiken. Tijdens zijn verblijf in India heeft verzoeker medische zorg genoten. De kosten hiervan – onder meer voor voornoemde stollingsmedicatie - heeft hij na terugkomst in Nederland ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De nota's van 2007 en 2008 zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Naar aanleiding van de nota's van 2009 is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart. Desgevraagd heeft verzoeker toestemming verleend voor dit onderzoek.

- 4.2. Op 26 augustus 2009 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft verzoeker verklaard dat hij in India bij familie verblijft. Zijn neef zorgt ervoor dat – vóór zijn aankomst – de benodigde medicatie al bij de betreffende arts ligt. De arts dient vervolgens om de dag het middel toe. De nota's voor de medicatie ontvangt verzoeker telkens vlak vóór zijn vertrek naar Nederland van zijn neef. Deze neef heeft verzoeker nooit verteld dat de medicatie door hem op de zwarte markt werd aangeschaft. Verzoeker heeft voorts verklaard dat zijn neef alle kosten heeft voorgeschoten. Verzoeker heeft alle door hem gedeclareerde bedragen achteraf aan zijn neef vergoed.
- 4.3. Ten aanzien van de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat hem reeds in 2008 schriftelijk is medegedeeld dat hij, bij verblijf in India, voor medische zorg contact moet opnemen met de alarmcentrale, heeft verzoeker het volgende verklaard. In 2009 heeft hij, na zijn aankomst in India, de alarmcentrale gebeld. Hij heeft de alarmcentrale verteld dat zijn familie al voor de medicatie had gezorgd en hij heeft gevraagd of dit een probleem was. Verzoeker heeft toegelicht dat hiervoor werd gekozen omdat hij niet wist hoe lang het zou duren voordat de alarmcentrale de medicatie zou hebben geregeld. Hij was bang dat het wel twee of drie weken kon duren en hij heeft de medicatie om de dag nodig. Toen hem werd gevraagd waarom hij de alarmcentrale niet vóór zijn vertrek naar India had gebeld, heeft verzoeker geantwoord dat hij dacht dat hij vanuit India moest bellen. Verzoeker benadrukt dat hij van de alarmcentrale geen hulp heeft gehad, aan hem is alleen een dossiernummer verstrekt.
- 4.4. Naar aanleiding van de betalingsherinnering van 28 juni 2012 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar bij brief van 18 juli 2012 medegedeeld dat hij in 2010 naar India is geweest om verhaal te halen bij één van de betrokken artsen. Deze heeft hem eerlijk verteld dat de afgelegde verklaring vals is. Hij heeft de verklaring geschreven, omdat hij anders mogelijk zijn praktijk en certificaten zou verliezen en problemen zou krijgen met onder meer de belastingdienst. Verzoeker heeft met deze arts een woordenwisseling gekregen en de arts heeft hem medegedeeld dat het niet zijn probleem is. De verklaringen van de artsen zijn handgeschreven, maar zijn niet voorzien van een handtekening van de inspecteur. Normaal gesproken dienen dergelijke verklaringen altijd een extra handtekening te hebben ter controle of verificatie.
- 4.5. Bij brief van 25 september 2012 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht om heroverweging van zijn vordering. Hij stelt het slachtoffer te zijn van corruptie en fraude door de Indiase artsen. Voorheen nam hij vanuit Nederland voldoende stollingsmedicatie mee. Dit is niet (meer) mogelijk omdat de medicatie gekoeld moet worden bewaard en vanwege extra beveiligingsmaatregelen in de luchtvaart. Zo mag de medicatie in India niet zonder extra begeleiding met het vliegtuig worden vervoerd. Daarom heeft verzoeker in 2007/2008 besloten de noodzakelijke stollingsmedicatie in India te kopen. Hiervoor is vooraf toestemming verleend door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Verzoeker benadrukt dat hij niet zonder de medicatie kan. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hij in India geen stollingsmedicatie heeft ontvangen, is dus pertinent onjuist.

- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat door middel van bestelbonnen kan worden bewezen dat zijn dochter de medicatie vanuit Nederland heeft besteld, zodat deze klaar zou staan als verzoeker in India zou aankomen. De originele stukken zijn in 2009 aan de ziektekostenverzekeraar overhandigd tijdens het gesprek dat toen heeft plaatsgevonden. Verzoeker is niet in de gelegenheid geweest om de gestelde fraude te plegen, omdat hij niet beschikt over een stempel van de betreffende arts. Bovendien kan de arts ook blanco papier hebben meegegeven aan de inspecteur.
- 4.8. Desgevraagd vertelt verzoeker dat hij, als hij naar India gaat, een verklaring meeneemt van de behandelend arts, waarin staat dat hij de betreffende medicatie nodig heeft. Deze medicatie kan hij niet zelf kopen. De Indiase arts bestelt de medicatie voor hem. Omdat de medicatie niet op korte termijn kan worden geleverd, bestelt hij deze altijd vier tot zes weken voor zijn vertrek. De kosten moeten dan ook worden betaald. Er worden in India echter geen kwitanties van de betalingen verstrekt. In India betalen buitenlanders meer voor medische zorg en medicatie.
- 4.9. Verzoeker verklaart dat de medicatie niet door zijn neef is gekocht, aangezien deze evenmin aan de medicatie kan komen. Verzoeker heeft voor zijn vertrek in 2007, 2008 en 2009 de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming de medicatie zelf in India te kopen. Deze toestemming is hem verleend. De gemachtigde van verzoeker – die is verbonden aan het UMC - heeft verklaard dat hij ten behoeve van verzoeker de brief van 25 september 2012 heeft geschreven op het briefpapier van UMC.
- 4.10. Bij brief van 30 september 2013 heeft verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk heeft kunnen maken dat hij actief een aandeel in de veronderstelde fraude heeft gehad.
- 4.11. 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 in 2007, 2008 en 2009 nota's ter declaratie ingediend voor door hem in India genoten medische zorg. In 2009 is een onderzoek hiernaar gestart, omdat de ziektekostenverzekeraar de op de nota's vermelde bedragen erg hoog voorkwamen. De ziektekostenverzekeraar heeft eerst via de alarmcentrale navraag laten doen in India. Uit de informatie van de alarmcentrale blijkt onder meer dat de door verzoeker gedeclareerde kosten voor de stollingsmedicatie driemaal hoger zijn dan de marktprijs aldaar. Hem is daarom verzocht toestemming te geven voor het doen van onderzoek naar de nota's over 2007, 2008 en 2009. Na het verkrijgen van voornoemde toestemming heeft de ziektekostenverzekeraar een onderzoeksbureau ingeschakeld.
- 5.2. Het onderzoeksbureau heeft op 31 juli 2009 een rapport uitgebracht naar aanleiding van het door hem uitgevoerde onderzoek. Dit onderzoek betreft de medische kosten die verzoeker tijdens zijn verblijf in India in 2007, 2008 en 2009 heeft gemaakt. Ten aanzien van de nota's van 25 januari 2008 ten bedrage van INR 655.200,-- en 20 februari 2008 ten bedrage van INR 131.040,-- heeft de betreffende arts schriftelijk verklaard dat verzoeker zelf de Factor-VIII injecties had meegenomen en dat hij deze injecties heeft toegediend. De arts heeft hiervoor geen geld van verzoeker ontvangen.

Hij heeft verzoeker blanco briefpapier gegeven, echter niet voor medisch juridische doeleinden. Verzoeker heeft hierop zelf een bedrag geschreven. De arts is niet betrokken in de onderhavige verzekeringsclaims.

Ten aanzien van de twee nota's van 27 februari 2009 ten bedrage van INR 655.200,-- en INR 98.800 heeft de betreffende arts schriftelijk verklaard dat verzoeker zelf de Factor-VIII injecties had meegenomen aangezien het middel ter plekke niet verkrijgbaar is. De arts heeft verzoeker de factuur gegeven omwille van persoonlijk gebruik en niet omwille van medisch juridische doeleinden. Hij heeft verzoeker een blanco brief gegeven om hem te helpen. Hij heeft geen geldbedrag van verzoeker ontvangen.

Ten aanzien van de nota's van 27 juli 2007 ten bedrage van INR 393.120,--, 18 augustus 2007 ten bedrage van INR 436.800,--, en 27 februari 2009 ten bedrage van INR 20.600,-- heeft de betreffende arts verklaard dat de lagere facturen en kleinere onderzoeksrapporten van zijn laboratorium zijn, maar dat de grote onderzoeksrapporten vals zijn. Hij heeft schriftelijk verklaard dat verzoeker naar zijn laboratorium is gekomen voor pathologisch laboratoriumonderzoek. De arts heeft een vriendschappelijke relatie met verzoeker opgebouwd. Hij heeft verzoeker een ondertekende brief gegeven op het briefpapier van het laboratorium. Hij heeft geen certificaten of facturen gegeven omwille van medisch juridische doeleinden.

In ieder geval zeven van de door verzoeker over de jaren 2007, 2008 en 2009 ter declaratie ingediende nota's zijn vals.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 18 augustus 2009 op de hoogte gesteld van de uitkomsten van het onderzoek en de gevolgen hiervan.
- 5.4. Op 26 augustus 2009 heeft naar aanleiding van de uitkomsten van voornoemd onderzoek een gesprek plaatsgevonden tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker erop gewezen dat hem bij brief van 16 april 2008 is medegedeeld dat als hij opnieuw naar India afreist, hij voor medische hulp contact moet opnemen met de alarmcentrale. Ten aanzien van de opmerking van verzoeker, dat hij wel heeft gebeld maar dat de alarmcentrale niets voor hem heeft gedaan, heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat verzoeker zelf tegen de alarmcentrale heeft gezegd dat zijn familie reeds alles had geregeld, zodat de alarmcentrale niets meer hoefde te doen.
- 5.5. Bij brief van 27 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker bevestigd dat in voornoemd gesprek is afgesproken dat hij aan de ziektekostenverzekeraar bewijzen overlegt waarmee wordt aangetoond dat hij de medische kosten daadwerkelijk heeft betaald. Het gaat hierbij met name om betalingsbewijzen (bank- of giroafschriften) waaruit blijkt dat hij de betreffende bedragen heeft overgemaakt aan zijn familie in India. Verzoeker heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.
- 5.6. Uit het onderzoek is gebleken dat de door verzoeker ingediende nota's grotendeels onjuist zijn. Op grond van de artikelen 19 van de zorgverzekering 2007 en A24 van de algemene voorwaarden van 2008 en 2009, is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd de vergoeding van de nota's voor 2009 af te wijzen, de reeds uitgekeerde bedragen over 2007 en 2008 terug te vorderen, en de kosten van het onderzoek op verzoeker te verhalen.

- 5.7. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt, heeft de ziektekostenverzekeraar hem geen toestemming verleend de onderhavige geneesmiddelen zelf in India aan te schaffen.
- 5.8. Op 28 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker een betalingsherinnering gezonden ter zake van de vordering zoals die is verwoord in de brief van 18 augustus 2009. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan de ziektekostenverzekeraar voorgesteld € 50,- per maand te betalen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek afgewezen, omdat de voorgestelde betalingsregeling ertoe zou leiden dat het 76 jaar zou duren voordat verzoeker de vordering zou hebben afbetaald.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in zijn dossier geen bestelbewijzen aanwezig zijn. Verzoeker is er destijds op gewezen dat hij voor de verstrekking van de stollingsmedicatie contact moest opnemen met de alarmcentrale. Dit is evenwel niet gebeurd. Verzoeker heeft de nota's na terugkomst in Nederland ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De kosten bleken in 2009 veel hoger dan in voorgaande jaren, daarom is het onderzoek gestart. Uit dit onderzoek is gebleken dat sprake is van fraude. Tijdens het gesprek dat in 2009 in dit kader is gevoerd met verzoeker zijn geen bewijsstukken achtergelaten; deze zouden worden nagezonden. De gevraagde informatie is, ondanks een herinnering daartoe, nooit door de ziektekostenverzekeraar ontvangen.
- 5.10. Verzoeker verklaart thans dat noch hijzelf, noch zijn neef de medicatie kan kopen, maar dat de Indiase arts de medicatie heeft besteld. In het gesprek van 26 augustus 2009 heeft verzoeker echter verklaard dat de medicatie is gekocht door zijn neef, en dat hij door die neef is bedrogen, aangezien deze teveel heeft gerekend voor de medicatie.
- 5.11. Uit het onderzoek is gebleken dat de ter declaratie ingediende nota's vals zijn. Door ondertekening van het declaratieformulier heeft verzoeker zich verbonden aan deze (valse) nota's en dus is hij daarvoor verantwoordelijk.
- 5.12. Verzoeker heeft tijdens het gesprek van 26 augustus 2009 duidelijk de indruk gewekt dat hij op de hoogte was van de gang van zaken. Hij heeft toen ook een betalingsregeling voorgesteld.
- 5.13. In de onderhavige kwestie heeft de ziektekostenverzekeraar geen aangifte gedaan tegen verzoeker, omdat volgens de checklist van het protocol sancties hiervoor geen aanleiding bestond.
- 5.14. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering van 2007, 2008 en 2009 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. In de polisvoorwaarden van 2007 is echter geen verwijzing naar de rechter opgenomen. Daarom heeft de commissie verzoeker bij brieven van 21 december 2012 en 28 januari 2013 verzocht kenbaar te maken dat hij zich ervan bewust is dat hij zijn zaak kan voorleggen aan de rechter, maar dat hij

kiest voor een bindend advies van de commissie. Verzoeker heeft de commissie bij brief gedateerd 8 januari 2013, ontvangen op 7 februari 2013, medegedeeld dat hij graag een bindend advies wil in de onderhavige kwestie.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn het niet vergoeden van de in India in 2009 gemaakte zorgkosten, de terugvordering van de verleende vergoeding voor de in India in 2007 en 2008 gemaakte zorgkosten met een totaalbedrag van € 46.514,47, de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en de melding hiervan bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, en de vordering van de onderzoekskosten van € 2.513,28.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.
- 8.2. Artikel 19 van de zorgverzekering (2007) bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude, en luidt:

“a Geen recht op prestaties bestaat voor zover verzekerde zorgverzekeraar probeert te misleiden door valse opgaven te doen of door voor zorgverzekeraar feiten en omstandigheden te verzwijgen die voor de beoordeling van het recht op prestaties van belang zijn.

b Indien er sprake is van fraude, misbruik of oneigenlijk gebruik van uit de zorgverzekering voortvloeiende rechten, zullen de gegevens van verzekerde en/of derden worden opgenomen in daartoe bestemde registers conform het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars. Deze registers hebben tot doel het bevorderen van de integriteit en de veiligheid van de verzekeringsbranche en het voorkomen van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik. Daarnaast gaat zorgverzekeraar in geval van bewezen fraude over tot het doen van aangifte.

c Bij bewezen misleiding of fraude kan zorgverzekeraar de onderzoekskosten verhalen op verzekeringnemer.

d Misbruik van de zorgpas wordt aangemerkt als fraude.”

In 2008 en 2009 zijn vergelijkbare bepalingen opgenomen in de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

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 19 van de zorgverzekering 2007 en de vergelijkbare artikelen uit (de algemene voorwaarden van) de zorgverzekering van de daarop volgende jaren 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 19 van de zorgverzekering 2007 en de vergelijkbare artikelen uit (de algemene voorwaarden van) de zorgverzekering van de daarop volgende jaren 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 19 van de zorgverzekering 2007 en de vergelijkbare artikelen uit (de algemene voorwaarden van) de zorgverzekering 2008 en 2009 gebezigde terminologie “probeert te misleiden door valse opgaven te doen of door voor zorgverzekeraar feiten en omstandigheden te verzwijgen die voor de beoordeling van het recht op prestaties van belang zijn” dan wel “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 moet komen vast te staan dat verzoeker opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of heeft willen geven. De bewijslast dienaangaande ligt bij de ziektekostenverzekeraar. Het ligt op diens weg om bij een vermoeden van fraude als in het onderhavige geval hiernaar verder onderzoek te doen, dit onderzoek goed te documenteren en zijn bevindingen met bewijsstukken te onderbouwen. In dit verband zijn hiervoor de volgende feiten van belang.
- 9.5. Niet in geschil is dat verzoeker hemofiliepatiënt is en dat hij daarom is aangewezen op het gebruik van stollingsmedicatie, te weten Factor-VIII. Evenmin is in geschil dat verzoeker in 2007, 2008 en 2009 enkele weken in India verbleef. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of de door verzoeker ter declaratie ingediende nota's voor zorgkosten, gemaakt tijdens zijn verblijf aldaar, correct zijn.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat is gebleken dat de door verzoeker gedeclareerde kosten voor het geneesmiddel Factor-VIII driemaal hoger zijn dan gebruikelijk is in India. Door verzoeker is dit niet weersproken. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan.
- 9.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker, naar aanleiding van zijn declaratie van zorgkosten die hij in 2008 in India heeft gemaakt, schriftelijk verzocht om – indien hij opnieuw naar India reist – voor medische hulp de alarmcentrale in te schakelen. Verzoeker is in 2009 weer naar India afgereisd en heeft de medicatie ter plaatse zelf geregeld dan wel laten regelen door zijn neef. Verzoeker heeft verklaard dat hij dit heeft gedaan, omdat hij niet wist hoelang het zou duren voordat de alarmcentrale zijn medicatie zou kunnen regelen. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij niet wist dat hij ook al vóór zijn vertrek uit Nederland de alarmcentrale zou kunnen bellen. Door aldus te handelen, en het uitdrukkelijke verzoek van de ziektekostenverzekeraar naast zich neer te leggen, heeft verzoeker de alarmcentrale en daarmee ook ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid ontnomen de door hem in India benodigde medicatie te verzorgen en zodoende de financiële afhandeling hiervan te reguleren.
- 9.8. Verzoeker is op 26 augustus 2009 in het kader van het onderzoek door de ziektekostenverzekeraar gehoord. Dit gesprek is grotendeels digitaal vastgelegd en een kopie hiervan is door de ziektekostenverzekeraar in de procedure overgelegd. Bij brief van 27 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker bevestigd dat in

voornoemd gesprek is afgesproken dat hij aan de ziektekostenverzekeraar bewijzen overlegt waaruit blijkt dat hij de gedeclareerde medische kosten daadwerkelijk heeft betaald. In het dossier zijn weliswaar enkele stukken aanwezig die door verzoeker zijn overgelegd, maar hieruit blijkt niet dat bedoelde bedragen inderdaad door hem zijn voldaan. Verder blijkt uit het dossier niet dat verzoeker – behoudens het door hem gestelde gesprek met de Indiase arts in 2010 - zelf enige actie heeft ondernomen tussen voornoemd verhoor en de op 28 juni 2012 verzonden betalingsherinnering.

- 9.9. In het rapport van het door de ziektekostenverzekeraar ingeschakelde onderzoeksbureau zijn verklaringen opgenomen van de artsen die verzoeker in 2007, 2008 en 2009 hebben behandeld. Hierin is onder meer vermeld dat zij verzoeker wel de injecties hebben toegediend, maar dat zij hem niet de bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde kosten in rekening hebben gebracht. Ook hebben zij verklaard dat zij verzoeker desgevraagd blanco briefpapier hebben verstrekt. Verzoeker heeft dit laatste weersproken.
- 9.10. De aanvankelijke stelling van verzoeker dat alles is geregeld door en via zijn neef kan hem in de onderhavige procedure niet baten. Nog daargelaten dat verzoeker, in relatie tot de ziektekostenverzekeraar, als verzekeringnemer volledig verantwoordelijk is en blijft voor de door hem ter declaratie ingediende nota's, heeft zijn neef steeds gehandeld in opdracht en met medeweten van verzoeker. Dat verzoeker niet wist dat de medicatie op de zwarte markt werd aangeschaft, maakt dit niet anders. Dit is een risico dat in de gegeven omstandigheden voor rekening van verzoeker komt.
- 9.11. Het vorenoverwogene leidt tot de conclusie dat verzoeker bij zijn declaraties een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met name ten aanzien van de door hem gedeclareerde bedragen. Op basis van de gang van zaken zoals die uit voornoemde stukken naar voren is gekomen, concludeert de commissie dat verzoeker de vooropgezette bedoeling heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden om zodoende een hogere vergoeding te verkrijgen dan waarop hij op grond van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak had. 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 heeft zich dan ook terecht beroepen op het verval van verzoekers recht op uitkering met betrekking tot de in 2009 gemaakte kosten, heeft terecht de reeds verleende vergoedingen over de jaren 2007 en 2008 teruggevorderd, en heeft zijn gegevens terecht geregistreerd in zijn interne incidentenregister en bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars.
- 9.12. De ziektekostenverzekeraar heeft de onderzoekskosten van € 2.513,28, bij verzoeker in rekening gebracht. Op grond van de artikelen 19 van de zorgverzekering 2007 en A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 2008 en 2009 kan de ziektekostenverzekeraar bij vastgestelde fraude de onderzoekskosten verhalen op de verzekerde. Bovendien is dit overeenkomstig artikel 6:96 sub b BW. Verzoeker heeft de hoogte van de in rekening gebrachte kosten niet gemotiveerd betwist, zodat geen aanleiding bestaat de vordering ten bedrage van € 2.513,28 voor de gemaakte onderzoekskosten te laten vervallen of deze te matigen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 oktober 2013,

Voorzitter