

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vertegenwoordigd door de E advocaat 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 : 2009.01480  
Zittingsdatum : 13 januari 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E te F

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 31 juli 2008, waarbij is geconcludeerd dat verzoeker heeft getracht de ziektekostenverzekeraar financieel te benadelen. De uitgekeerde vergoeding is naar aanleiding hiervan teruggevorderd; de (externe) onderzoekskosten zijn op hem verhaald; zijn gegevens zijn opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en zijn 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 verzoeker 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. Verzoeker heeft een nota van 20 oktober 2006 ad € 662,- ingediend voor de aan hem verleende medische zorg tijdens zijn verblijf in Bosnië. Deze nota is op 25 oktober 2006 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Op 10 november 2006 is een vergoeding toegekend van € 628,90 voor huisartsenzorg.

3.3. Na het indienen van declaraties voor medische zorg, verleend aan de gezinsleden van verzoeker 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 en 2007. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 31 juli 2008 op de hoogte gebracht van de uitkomst van dit onderzoek. In deze brief wordt geconcludeerd dat verzoeker "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 uitgekeerde vergoeding is hierop teruggevorderd; de bij de ziektekostenverzekeraar in rekening gebrachte (externe) onderzoekskosten zijn op verzoeker verhaald; zijn gegevens zijn opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, en zijn volledige personalia zijn doorgegeven aan de Stichting CIS te Zeist.

3.4. Bij brief van 12 september 2008 heeft verzoeker gemotiveerd verweer gevoerd. Verzoeker volhardt in zijn stelling dat hij geen fraude heeft gepleegd en dat hij de door

hem bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde kosten daadwerkelijk aan [naam arts] heeft betaald.

- 3.5. 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.
- 3.6. Bij brief van 15 oktober 2008 heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar bericht dat hij bij zijn stelling blijft. Hij heeft geen fraude gepleegd en meent dat hij de door de ziektekostenverzekeraar bij hem in rekening gebrachte onderzoekskosten niet hoeft te betalen.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft hier bij brief van 23 oktober 2008 inhoudelijk op gereageerd.
- 3.8. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.9. Bij brief van 29 juni 2009 heeft verzoeker 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 verzoekers naam verwijdert uit zowel het interne Incidentenregister als het register van de Stichting CIS (hierna: het verzoek).
- 3.10. De commissie heeft verzoeker bij brief van 8 juli 2009 bericht dat zaken op individuele basis worden behandeld. Het door verzoeker aangebrachte geschil heeft mede betrekking op zijn gezinsleden. Deze gezinsleden hebben echter ieder een eigen polis. De commissie heeft verzoeker derhalve met 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.
- 3.11. 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.
- 3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 4 september 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 september 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.13. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 september 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 december 2009 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.14. Verzoeker is op 13 januari 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker 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 juist. Het onderzoek is niet volledig geweest. Er is geen enkel (overtuigend) bewijs aangedragen, en de conclusies worden gemotiveerd tegengesproken door de gegevens van verzoeker. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar is niet houdbaar. De gedeclareerde behandelingen zijn daadwerkelijk ondergaan. Deze zijn, ook volgens diens eigen schriftelijke berichten, door [naam arts] verricht. Verzoeker heeft de in rekening gebrachte kosten ook aan deze arts betaald. Verzoeker stelt dat hij nooit heeft verklaard dat bepaalde behandelingen niet zijn verricht. Hij meent dan ook recht te hebben op vergoeding. Verzoeker is verder van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de gevorderde onderzoekskosten dient kwijt te schelden, de terugvordering van de uitgekeerde vergoeding dient in te trekken, en zijn naam uit de genoemde registers moet verwijderen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de gedeclareerde bedragen contant zijn betaald aan de zorgverlener. Omdat verzoeker en diens echtgenote in Nederland wonen, is de nota in euro's opgesteld. Verzoeker merkt hierbij op dat in Bosnië met alle munteenheden kan worden betaald. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat de arts bij behandeling van de lokale bevolking een deel van de kosten vergoed krijgt door de verzekeraar. Bij buitenlanders geldt dit niet, zodat het gehele bedrag bij de patiënt in rekening wordt gebracht. Verzoeker 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 verklaring van verzoeker te ondersteunen. De arts heeft verklaard welke onderzoeken hebben plaatsgevonden en welke apparatuur hij daarbij heeft gebruikt. Verzoeker weet niet hoe hij op een andere manier moet aantonen dat een en ander op de door hem genoemde 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, merkt verzoeker 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. Verzoeker 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 verzoeker op dat de arts specifiek heeft verklaard dat het apparaat is gebruikt, en op welke wijze. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat de op de nota's van 2006 en 2007 vermelde bedragen onduidelijk zouden zijn, is mager.
- 4.6. Verzoeker 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. Hij was daarom niet verbaasd dat de Bosnische arts direct infusen en medicijnen voorschreef.

- 4.7. Verzoeker merkt op dat de ziektekostenverzekeraar hem in 2006 heeft bericht dat eerst onderzoek moest worden verricht naar de gedeclareerde nota. In latere instantie is de vergoeding toegekend. Hij ging er daarom van uit dat het onderzoek ook daadwerkelijk was verricht en dat alles goed was.
- 4.8. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij maandelijks een bedrag van € 176,40 aan de ziektekostenverzekeraar heeft betaald voor de gevorderde onderzoekskosten en vanwege de terugvordering van de uitgekeerde vergoeding van € 628,90. De ziektekostenverzekeraar was niet bereid de invordering gedurende de geschilprocedure op te schorten en dreigde met incassomaatregelen. Teneinde problemen te voorkomen is verzoeker akkoord gegaan met de betalingsregeling. Inmiddels heeft verzoeker zes á zeven keer het bedrag van € 176,40 aan de ziektekostenverzekeraar betaald.
- 4.9. Verzoeker was onplezierig verrast toen hij en zijn echtgenote zich bij de ziektekostenverzekeraar moesten melden om verantwoording af te leggen over de ingediende nota's. Daar kwam bij dat het een verklaring betrof over iets dat een jaar of langer geleden had plaatsgevonden, waardoor hij mogelijk bepaalde data en/of het verloop van de gebeurtenissen door elkaar heeft gehaald. De nota's die hij heeft betaald, zijn dezelfde als die hij bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie heeft ingediend.
- 4.10. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 verzoeker. De door verzoeker 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 verzoeker verstrekte informatie is niet correct; dit blijkt uit het onderzoek ter plaatse door het ingeschakelde onderzoeksbureau. De agent van het 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 stelt dat het fraudeonderzoek is gestart naar aanleiding van de nota's die in het jaar 2007 zijn ingediend voor medische zorg in Bosnië, verleend door dezelfde arts, ten behoeve van de echtgenote en kinderen van verzoeker.

De declaratie voor de medische zorg ten behoeve van verzoeker in 2006 is in dit onderzoek meegenomen.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geen aangifte van fraude gedaan bij de politie, omdat wettige "harde" bewijzen ontbreken.
- 5.4. 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 verzoeker 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.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoeker in 2006 een voedselvergiftiging heeft opgelopen tijdens zijn verblijf in Bosnië. De ziektekostenverzekeraar heeft de daarvoor gemaakte en gedeclareerde kosten voor 95 percent vergoed. Op deze nota wordt echter niet gespecificeerd hoe het te betalen bedrag is opgebouwd. Pas in een later stadium is via EuroCross duidelijk geworden dat de gedeclareerde kosten onjuist waren.
- 5.6. 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.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat sprake is van fraude als bedoeld in de zorgverzekering en dat derhalve terecht is over gegaan tot het terugvorderen van de uitgekeerde vergoeding, het verhalen van de (externe) onderzoekskosten, het opnemen van de gegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister en het doorgeven van zijn volledige personalia 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 verzoeker fraude heeft gepleegd op grond waarvan het de zorgverzekeraar is toegestaan over te gaan tot terugvordering van de uitgekeerde vergoedingen, het verhalen van de (externe) onderzoekskosten op verzoeker, het opnemen van de gegevens van verzoeker in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en het doorgeven van de volledige personalia van verzoeker aan de Stichting CIS te Zeist.
- 7.2. Het begrip fraude wordt in artikel 17, lid 1, van de zorgverzekering als volgt omschreven:

*"Fraude is het onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van*

*een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzeker-  
raar.*

De gevolgen van een geconstateerde fraude worden als volgt in de leden 2 en 3 van  
voornoemde bepaling weergegeven:

*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 belang-  
hebbende 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 inge-  
diende 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 onwa-  
re 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 bewijs-  
voering dienaangaande hoge eisen te worden gesteld. De ziektekostenverzekeraar  
kan niet volstaan met het enkel aannemelijk maken van fraude, doch dient zulks on-  
dubbelzinnig 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 verzoeker, onvoldoende feiten en omstandigheden komen vast  
te staan die kunnen leiden tot het oordeel dat sprake is van aantoonbare fraude aan  
de zijde van verzoeker.  
Van belang is in dit verband in de eerste plaats de door verzoeker overgelegde ver-  
klaring, 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 ge-  
bruikt – heeft verzoeker ten aanzien van de kosten van de laboratorium- en echo-  
onderzoeken de beschuldiging van fraude op dit punt voldoende weersproken.
- 7.6. Voor de geconstateerde afwijking van de behandel tarieven door artsen in Sarajevo  
en omstreken heeft verzoeker ter zitting een plausibele verklaring gegeven door erop  
te wijzen dat het in Bosnië gebruikelijk is aan lokale patiënten en niet aldaar woon-  
achtige patiënten verschillende tarieven in rekening te brengen. Naar de wijze van  
declareren is door de ziektekostenverzekeraar geen onderzoek gedaan, terwijl hij de  
stelling van verzoeker op dit punt niet dan wel onvoldoende heeft weersproken, zodat  
van de juistheid van die stelling moet worden uitgegaan.
- 7.7. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat de declaratie in contanten is voldaan, het-  
geen wordt bevestigd door de ondertekening en afstempeling door de arts van de  
onderhavige nota. Facturering in euro's is bovendien, zoals verzoeker tijdens bezoe-

ken 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 ter plaatse is voldaan.

### **Conclusie**

- 7.8. 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 zodat geen grond bestaat voor terugvordering van het bedrag ad € 628,90 en door de ziektekostenverzekeraar dient te worden terugbetaald hetgeen daarop door verzoeker reeds is voldaan. 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 verzoeker in zijn incidentenregister onderscheidenlijk in het CIS register te Zeist.
- 7.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar tevens het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 24 februari 2010,

Voorzitter