



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist en Zilveren Kruis Ziektelkostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Libanon, geneeskundige zorg, veronderstelde fraude

Zaaknummer : 201601242

Zittingsdatum : 8 februari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk, en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- 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 grond van de Basispolis Basic (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 Amsterdam 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Gespreid betalen Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een "*Cobalt-Chromium Sirolimus Eluting Coronary Stent with delivery system*", een echo, een hartfilmpje en de kosten van de arts, welke behandeling verzoeker heeft ondergaan in Libanon (hierna: de aanspraak). Naar aanleiding van de declaratie heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie opgevraagd bij verzoeker. Daarna heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een onderzoek in te stellen naar de juistheid van de ingediende nota's.
- 3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. De ziektekostenverzekeraar heeft bij die gelegenheid medegedeeld dat vergoeding van de nota's is afgewezen, en dat de uitkomst van het onderzoek wordt afgewacht.
- 3.3. Bij brief van 14 oktober 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op de zelfde dag aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft zich tijdens een verblijf in Libanon in 2015 met pijn op de borst gemeld bij een cardiologiepraktijk, alwaar is geconstateerd dat een noodzakelijke en urgente behandeling diende plaats te vinden. De kosten van deze behandeling heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Het betreft offertes van \$ 5.600,- respectievelijk \$ 900,-. Gelet op de offertes is de behandeling uitgevoerd en zijn de kosten hiervan door verzoeker voldaan, hetgeen blijkt uit het feit dat hierop het woord "paid" is geschreven. Een aparte kwitantie heeft verzoeker niet ontvangen, maar het zal duidelijk zijn dat de stents niet voor niets bij hem zijn geplaatst. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker gevraagd om een machtiging voor het opvragen van informatie bij de behandelend arts. Deze machtiging heeft verzoeker ondertekend retour gezonden. Ook is door verzoeker voorgesteld dat contact wordt opgenomen met de cardioloog in Nederland, die kan verklaren dat bij verzoeker stents zijn geplaatst. De ziektekostenverzekeraar is op dit voorstel echter niet ingegaan.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft eerst tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen toegezegd dat binnen een paar weken de zaak schriftelijk zal worden afgehandeld. Eerder is nimmer een officiële reactie gekomen, doch zijn slechts verzoeken om informatie ontvangen. Ook na een aantal weken heeft verzoeker nog geen inhoudelijke reactie bereikt, hetgeen hem heeft genoodzaakt het verzoek tot uitbetaling van de gedeclareerde bedragen voor te leggen aan de commissie.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft het Hayek Hospital gevraagd om een verklaring, waaruit is gebleken dat verzoeker niet is geregistreerd in de administratie, en dat dit ziekenhuis de prijsopgave voor stents van 'Med World SAL' niet heeft aangevraagd en ook geen betaling van verzoeker heeft ontvangen. De behandelend arts heeft verklaard dat verzoeker als privépatiënt is behandeld in zijn praktijk in Zouk Mosbeh, en dat hij hiervoor een bedrag van \$ 900,- in rekening heeft gebracht, welk bedrag verzoeker heeft betaald. Naast dit bedrag heeft verzoeker het bedrag van \$ 5.600,- betaald aan de behandelend arts, die hem vervolgens in het Hayek Hospital heeft geopereerd. Indien de medisch specialist dit niet aan het ziekenhuis heeft verantwoord, mag verzoeker hiervan niet de dupe worden. Juist op grond hiervan heeft verzoeker het noodzakelijk geacht dat afstemming met de artsen in Nederland plaatsvindt, hetgeen de reden is dat hij de ziektekostenverzekeraar hiervoor

een machtiging heeft gegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft echter geen contact gezocht met de cardioloog in Nederland.

Vast staat dat het bedrag van \$ 900,- is betaald, en dit wordt ook door de ziektekostenverzekeraar erkend. Het ligt daarom op de weg van de ziektekostenverzekeraar ten minste dit bedrag te vergoeden.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij nog een rapport tegen is gekomen dat eerder niet is ingebracht, en hij graag de mogelijkheid wil hebben dit stuk alsnog in te brengen. Verder heeft verzoeker toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie niet heeft gereageerd, hoewel dit op zijn weg lag. Eerst op 16 januari 2017 volgde een brief met een afwijzing, en de opmerking dat sprake is van fraude en dat de onderzoekskosten worden gevorderd. Dit onderzoek is echter niet gedegen uitgevoerd, omdat niet alle stukken hierin zijn betrokken. Uit de brief van de behandelend arts van 7 juli 2015 blijkt duidelijk dat verzoeker is geopereerd. In een land als Libanon gaat veel mis, en het kan daarom zijn dat de arts voor het ziekenhuis heeft willen verbergen dat hij de ingreep daar heeft uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar had ook in Nederland kunnen nagaan wat er is gebeurd. De behandelend artsen alhier willen hieromtrent geen verklaring aan verzoeker afgeven, omdat hiervoor een openhartoperatie noodzakelijk is. Verzoeker merkt verder op dat de kosten van de ingreep overeenkomen met het bedrag dat in Nederland zou worden gerekend.

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. Naar aanleiding van de ontvangst van het declaratieformulier van verzoeker, waarop een bedrag is gedeclareerd van totaal \$ 6.500,-, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker tweemaal per brief medegedeeld dat de declaratie zal worden gecontroleerd. De afdeling Speciale Zaken heeft hierop de aanvraag in behandeling genomen. Op 9 november 2015 is verzoeker verzocht een toelichtingsformulier, de verklaring met betrekking tot eventuele onderzoekskosten en de machtigingen omtrent de te verkrijgen medische dossiers in het buitenland, in te vullen en te ondertekenen. Na ontvangst hiervan is ter plaatse een onderzoek gestart via EuroCross. Naar aanleiding van dit onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar op 15 juli 2016 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen kenbaar gemaakt dat de kosten die verzoeker heeft gedeclareerd, niet voor vergoeding in aanmerking komen.

5.2. Op grond van artikel 7:941 lid 5 BW vervalt het recht op uitkering indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 van genoemd artikel niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht niet rechtvaardigt. In artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wat de ziektekostenverzekeraar onder fraude verstaat en wat de gevolgen hiervan zijn. De behandelend arts is niet consistent in zijn verklaringen. In eerste instantie heeft hij mondeling verklaard dat hij verzoeker als privépatiënt heeft behandeld op de SEH van het Hayek Hospital en dat hij een dubbel tarief in rekening heeft gebracht omdat het laat op de avond was. Later heeft hij verklaard dat hij verzoeker heeft behandeld in zijn praktijk in Zouk Mosbeh, en niet in het Hayek Hospital. Verzoeker heeft volgens hem geen operatie ondergaan. EuroCross heeft tevens gesproken met de zorgaanbieder 'Med World SAL' te Beirut, waarbij een medewerker van de boekhoudafdeling en de algemeen directeur hebben verklaard dat de offerte door hen is opgesteld, maar dat het woord "paid" niet is opgeschreven door een persoon die werkzaam is bij deze zorgaanbieder. Het ingediende document betreft een prijsopgave en geen rekening. De zorgaanbieder heeft met betrekking tot deze offerte geen kosten bij verzoeker in rekening gebracht en door hem is dan ook niets betaald. De zorgaanbieder heeft bovendien naar aanleiding van deze offerte geen behandeling geleverd.

5.3. Gelet op het voorgaande kunnen de kosten die verzoeker heeft gedeclareerd niet worden vergoed. Verder worden de gemaakte onderzoekskosten van € 1.121,35 op verzoeker verhaald. Ook wordt hij ingeschreven in het Incidentenregister en volgt een vermelding in het Intern Verwijzingsregister. Tot slot wordt het dossier gemeld bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die vastgestelde fraudes doorgeeft aan het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (CBV) van het Verbond van Verzekeraars.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de behandelend arts niet consistent is in zijn verklaringen. Uit de informatie van het onderzoek blijkt dat de operatie niet is uitgevoerd. De onderzoekskosten worden van verzoeker gevorderd, omdat deze situatie wordt gezien als fraude.

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 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts is in geschil of de ziektekostenverzekeraar verzoeker mocht inschrijven in het Incidentenregister, het Intern Verwijzingsregister en mocht melden bij ZN, respectievelijk de gemaakte onderzoekskosten van verzoeker mag vorderen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Heeft u medisch specialistische zorg en/of om die reden verblijf nodig? Dan heeft u aanspraak op deze zorg. Deze zorg kan plaatsvinden in:

1 een ziekenhuis,

2 een zelfstandig behandelcentrum of

3 de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraalwerkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

a medisch-specialistische zorg;

b tijdens uw behandeling en eventuele verblijf: verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen;

c uw verblijf in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de laagste klasse.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)

- 8.4. Artikel 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens de 'Aanspraken Basispolis Basic' tot maximaal:

a de lagere vergoeding als deze bij een aanspraak in de Basispolis Basic wordt genoemd;

b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);

c het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent. (...)"

- 8.5. Artikel 20 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de gevolgen van fraude en luidt:

"20.1 Fraude is als iemand een aanspraak verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

a onder valse voorwendselen;

b op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de aanspraak:

a een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;

b vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;

c een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;

d feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen aanspraak

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle aanspraak op zorg uit de basisverzekering.

Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

a aangifte doen bij de politie;

b uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;

c u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);

d uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen."

- 8.6. De artikelen 15 en 20 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.9. In artikel 7:941 lid 5 BW is het volgende bepaald:

"1 Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.

2 De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

3 Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

4 De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

5 Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De commissie merkt allereerst op dat het stuk dat verzoeker bij e-mailbericht van 8 februari 2017 heeft ingediend en waaraan hij op dezelfde dag ter zitting heeft gerefereerd, als tardief wordt beschouwd en daarom niet tot de procedure wordt toegelaten. Met betrekking tot het geschil wordt het volgende overwogen.

9.2. Op grond van artikel 7:941 lid 5 BW vervalt het recht op uitkering indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 van genoemd artikel niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt. Lid 5 is ingevolge artikel 7:943 lid 2 BW van dwingend recht, en hier kan derhalve niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken.

9.3. Gezien de verstrekkende gevolgen van een geslaagd beroep van de ziektekostenverzekeraar op de verval van recht-sanctie, dienen hoge eisen te worden gesteld aan de gronden die een zodanig beroep rechtvaardigen. Dit geldt evenzeer voor de andere denkbare sancties ingeval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister (EVR), beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten.

- 9.4. Artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering definieert fraude als volgt: "*Fraude is als iemand een aanspraak verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons: a. onder valse voorwendselen; b. op oneigenlijke grond en/of wijze. (...)*".

Het is aan de ziektekostenverzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen – en bij betwisting door de wederpartij – te bewijzen waaruit het bestaan van bedoelde opzet blijkt, zoals bijvoorbeeld de omstandigheid dat verzoeker (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd teneinde de ziektekostenverzekeraar op het verkeerde been te zetten. In dat verband zijn de volgende feiten en omstandigheden van belang.

- 9.5. Vast staat dat door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar twee nota's zijn ingediend. Met betrekking tot de nota van \$ 900,-- geldt dat zowel verzoeker als de behandelend arts hierover heeft verklaard dat deze nota is betaald. De verklaringen waar de zorg is verleend en waaruit deze heeft bestaan, lopen echter uiteen. Het ziekenhuis waaraan de behandelend medisch specialist is verbonden, heeft verklaard dat een dergelijk tarief aldaar niet mag worden gerekend, waarop de betrokken arts zijn verklaring heeft gewijzigd, en heeft medegedeeld dat verzoeker in zijn privékliniek is behandeld. Verzoeker persisteert echter in zijn stelling dat hij is behandeld in het Hayek Hospital. Met betrekking tot de nota van \$ 5.600,-- geldt dat de zorgaanbieder 'Med World SAL' heeft verklaard dat dit geen nota betreft, maar een offerte, en dat niets is betaald. Ook is hiervoor geen zorg verleend. Verzoeker heeft hiertegen ingebracht dat de zorg wèl is verleend, en dat uit het woord "paid" blijkt dat de kosten door hem zijn voldaan. Volgens de zorgaanbieder is het woord "paid" echter niet door één van zijn medewerkers op de offerte geschreven. Gelet op het voorgaande acht de commissie het aannemelijk dat verzoeker valse nota's bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend, met het opzet hem te misleiden. Het staat de ziektekostenverzekeraar derhalve vrij hiervoor passende maatregelen te treffen. Dit leidt ertoe dat verzoeker is gehouden de onderzoekskosten van € 1.121,35 aan de ziektekostenverzekeraar te vergoeden, en dat de inschrijving in het Incidentenregister en het Intern Verwijzingsregister alsmede de melding bij ZN in stand kunnen blijven.
- 9.6. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar contact had kunnen opnemen met de behandelend cardioloog in Nederland, zodat deze had kunnen verklaren dat bij verzoeker stents zijn geplaatst. Gelet op het feit dat verzoeker de stelling betreft dat bij hem stents zijn geplaatst, lag het op zijn weg dit aannemelijk te maken en hierover een verklaring van zijn arts te vragen. Hij heeft dit evenwel nagelaten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat die verzekering geen verdere bespreking behoeft.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 februari 2017,



H.A.J. Kroon

