

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Thuiszorg, eigen bijdrage
Zaaknummer	: 2009.00294
Zittingsdatum	: 1 juli 2009

Zaak: 2009.00294 (thuiszorg, eigen bijdrage)

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

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de telefonische beslissing van de ziektekostenverzekeraar de in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) berekende eigen bijdrage voor thuiszorg ad € 528,-- niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering blijft in het vervolg buiten beschouwing. Verder waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen Uitgebreide Aanvullende Verzekering, Basis Tand en MiX Aanvullende Verzekering afgesloten, waarvan uitsluitend laatstgenoemde verzekering hier in het geding is (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de in het kader van de Wmo bij hem in rekening gebrachte eigen bijdrage voor thuiszorg ad € 528,-- (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat diens aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft hierop aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 28 maart 2009 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 aanvullende ziektekostenverzekering.

tenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 19 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 mei 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 juni 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 juli 2009 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, het volgende. In april 2008 is verzoeker geopereerd aan een hernia. Enkele dagen later is hij uit het ziekenhuis ontslagen. Op advies van familie en burens heeft hij, in het kader van de Wmo, bij de gemeente een aanvraag gedaan voor thuiszorg. Deze aanvraag is gehonoreerd, zij het dat verzoeker later door het Centraal Administratie Kantoor een eigen bijdrage ad € 528,-- in rekening is gebracht. Bij navraag bleek verzoeker dat huishoudelijke ondersteuning ook tot de verzekerde aanspraken op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering behoort en dat daarbij geen eigen bijdrage van toepassing is. Verzoeker was ten tijde van het ontslag uit het ziekenhuis niet bekend met de in de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen dekking. Daarbij is de aanspraak op huishoudelijke ondersteuning pas met ingang van het jaar 2006 opgenomen. Verzoeker is afgegaan op mededelingen van familie en burens en heeft een beroep gedaan op de Wmo.
 - 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. De voorwaarde dat de ondersteuning vooraf moet worden aangevraagd en dat een leidinggevende contact moet opnemen met de ziektekostenverzekeraar was bij geen van de collega's van verzoeker bekend.
 - 4.3. 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 de aanvullende ziektekostenverzekering verplicht is voor collectief verzekeren. De aanspraak op huishoudelijke ondersteuning is vanaf 1 januari 2006 in deze verzekering opgenomen. Verzekerden zijn eind 2005 geïnformeerd over de op dat moment aanstaande veranderingen in de ziektekostenverzekering. Zij hebben des tijds ook de voorwaarden ontvangen. Verzoeker is vanaf 1 januari 2006 collectief verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Hij had dan ook bekend kunnen zijn met de bestaande dekking. Bij twijfel had het op zijn weg gelegen contact te zoeken met de ziektekostenverzekeraar in plaats van navraag te doen bij familie en burens. De ziek-

tekostenverzekeraar stelt dat het afwijken in het geval van verzoeker van de desbetreffende verzekeringsvoorwaarden, een ongewenst precedent zou scheppen.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat meer van dit soort gevallen bekend zijn. De spelregels zijn echter duidelijk, en deze zijn in de situatie van verzoeker niet gevolgd. Voor coulance is geen aanleiding omdat het hier gaat om een onderwerp dat in de voorwaarden goed is geregeld.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in het kader van de Wmo bij verzoeker in rekening gebrachte eigen bijdrage voor thuiszorg te vergoeden, nu verzoeker niet bekend was met de bestaande dekking voor huishoudelijke ondersteuning op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 7.2. Tussen partijen staat niet ter discussie dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking kent voor de kosten van huishoudelijke ondersteuning, en dat, wanneer aan de gestelde voorwaarden zou zijn voldaan, verzoeker na het ontslag uit het ziekenhuis aanspraak had kunnen maken op hulp gedurende maximaal 30 uur (artikel 38). Er zou in dat geval vanuit de ziektekostenverzekeraar geen eigen bijdrage zijn berekend.
- Vast staat dat de aanspraak op maximaal 30 uur zorg niet meer kan worden geëffectueerd. Door de ziektekostenverzekeraar is niet gesteld dat de leidinggevende – indien de juiste procedure destijds was gevolgd – de ziektekostenverzekeraar zou hebben geadviseerd het verzoek tot huishoudelijke ondersteuning af te wijzen. Dit laatste vindt bevestiging in het feit dat de zorg nu is verleend ten laste van de Wmo, waaruit kan worden geconcludeerd dat een indicatie aanwezig was. Afwijzing van het verzoek leidt daarom naar het oordeel van de commissie tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Bij wijze van alternatieve prestatie heeft verzoeker daarom recht op vergoeding van de betaalde eigen bijdrage voor zover dat bedrag lager is dan de vergoeding waarop hij volgens de polis recht zou hebben gehad.

- 7.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van het in punt 7.2 overwogene.

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

Zeist, 15 juli 2009,

Voorzitter