



Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Eigen risico, medisch specialistische zorg, regresrecht, ongeval
Zaaknummer : 201301734
Zittingsdatum : 16 april 2014



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv)

1. Partijen

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

C te D, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Gezin Pakket is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 30 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 143,31 in rekening gebracht vanwege het verplicht eigen risico 2011 in verband met de door verzoeker in 2011 genoten medisch specialistische zorg.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 19 oktober 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het door verzoeker verschuldigde eigen risico te verhalen op de verzekeraar van de partij die destijds het ongeval heeft veroorzaakt (hierna: het verzoek).

3.5. 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.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 februari 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 maart 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 april 2014 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker is op 16 april 2014 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker heeft in 2004 een ernstig verkeersongeval gehad. Als gevolg hiervan heeft hij blijvend letsel. De schade is destijds door de verzekeraar van de tegenpartij afgekocht. Deze afkoop houdt in dat verzoeker geen nieuwe letselschade meer kan claimen. De ziektekostenverzekeraar kan echter nog wel alle - met dit ongeval verband houdende - zorgkosten claimen bij de verzekeraar van de tegenpartij, dus ook het verplicht eigen risico.

4.2. De verzekeraar waarbij verzoeker in 2010 tegen ziektekosten was verzekerd, heeft het verplicht eigen risico 2010 wél verhaald op de verzekeraar van de tegenpartij. Verzoeker begrijpt daarom niet waarom de ziektekostenverzekeraar dit niet zou kunnen.

4.3. Verzoeker merkt op dat de werkwijze van de ziektekostenverzekeraar ertoe leidt dat hij bij een stijgend (al dan niet) verplicht eigen risico jaarlijks meer zal moeten gaan bijdragen in de gemaakte zorgkosten, terwijl deze door de ziektekostenverzekeraar zijn te claimen via het regresrecht. Ook wordt hij op deze manier belemmerd om een vrijwillig eigen risico te nemen, en zodoende zijn premie voor de zorgverzekering te verlagen.

4.4. De dienstverlener die verzoeker heeft bijgestaan bij het afhandelen van zijn letselschade, heeft aangeboden het eigen risico kosteloos op de verzekeraar van de tegenpartij te verhalen. De ziektekostenverzekeraar dient hiervoor de dienstverlener te machtigen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit evenwel geweigerd.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de schade destijds weliswaar is afgekocht, maar dat de ziektekostenverzekeraar zijn regresrecht heeft behouden. Alle kosten die verband houden met het ongeval, kunnen worden verhaald, dus ook het verschuldigde eigen risico. Verzoeker benadrukt dat hij deze kosten niet op de verzekeraar van de tegenpartij kan verhalen, omdat hij de letselschade destijds heeft laten afkopen.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van medisch specialistische zorg, die ten laste van de zorgverzekering komen, verrekend met het op dat moment nog openstaande verplicht eigen risico 2011. Volgens verzoeker hebben de kosten betrekking op het ongeval in 2004. Daarom zouden deze kosten volgens verzoeker door de ziektekostenverzekeraar kunnen worden verhaald op de tegenpartij. De ziektekostenverzekeraar laat de kosten van medische kosten die het gevolg zijn van een ongeval - waarbij een tegenpartij aansprakelijk kan worden gesteld - verhalen door een expertisebureau. Bepalend hierbij is de dekking volgens de polisvoorwaarden. Dit geldt uitsluitend voor kosten die de ziektekostenverzekeraar daadwerkelijk betaalt. Het gaat dus alleen om de zogenoemde "netto betaalde zorgkosten". Een ingehouden verplicht eigen risico valt hier niet onder.

5.2. Op grond van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op het door de ziektekostenverzekeraar doen verhalen van persoonlijke schade.

5.3. Verzoeker heeft zijn eigen (toekomstige) schade afgekocht. Daarom kan hij het verplicht eigen risico niet meer verhalen op de tegenpartij. Het onderhavige eigen risico valt onder de noemer van persoonlijke schade (letselschade). De keuze en bijbehorende (financiële) consequenties om zijn persoonlijke schade te laten afkopen door de tegenpartij komen voor rekening van verzoeker.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het eigen risico nooit wordt verhaald op (de verzekeraar van) de tegenpartij. De naam 'eigen risico' zegt het ook al: het blijft voor eigen rekening. Dit is schade voor verzoeker zelf, dus hij zal deze op de verzekeraar van de tegenpartij moeten verhalen. Dit had bij de vaststellingsovereenkomst zo moeten worden bepaald.
Of, en zo ja welk bedrag op de verzekeraar van de tegenpartij wordt verhaald, hangt in de praktijk af van allerlei factoren. Bijvoorbeeld of het dossier is aangemeld bij de ziektekostenverzekeraar, en of de afgelopen drie jaar kosten zijn gedeclareerd. Dit laatste in verband met eventuele verjaring van een vordering.

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

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het door verzoeker verschuldigde verplicht eigen risico 2011 - voor zover dit betrekking heeft op zorgkosten als gevolg van een ongeval uit 2004 - te verhalen op de verzekeraar van de tegenpartij.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 170,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekerings-voorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen.

Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's);

- verloskundige zorg en kraamzorg.

Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokkentest of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;

- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar];

- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het stoppen-met-rokenprogramma als u dit programma volledig hebt afgerond;

- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 19, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;

- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

(...)"

- 8.3. In artikel 4 van de zorgverzekering zijn enkele verplichtingen voor de verzekerde opgenomen, die moeten voorkomen dat de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"U bent verplicht:

(...)

- ons te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;

(...)"

- 8.4. De artikelen 4 en 7 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.
- 8.6. 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 gereuleerde 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 artikel 7 van de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat in 2011 een verplicht eigen risico ter hoogte van € 170,-- van toepassing was. Voorts is niet in geschil dat in dat jaar aan verzoeker medisch specialistische zorg is verleend en dat de kosten hiervan meetellen voor eerder genoemd eigen risico. Het enige dat partijen verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is dit verplicht eigen risico, voor zover dit is 'volgemaakt' door medische kosten die het gevolg zijn van het ongeval in 2004, te verhalen op de partij die de schade heeft veroorzaakt.
- 9.2. Door verzoeker is in dit verband gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet weersproken, dat hij indertijd uitsluitend zijn persoonlijke schade heeft laten afkopen door de verzekeraar van de aansprakelijke partij, doch niet de eventuele medische kosten.
In casu bedragen deze medische kosten - althans voor zover verrekend met het eigen risico 2011 - € 143,31.
- 9.3. Anders dan de ziektekostenverzekeraar lijkt te veronderstellen, betekent het feit dat kosten worden verrekend met het eigen risico niet dat de betreffende zorg niet verzekerd is. In dit geval betreft het kosten van medisch specialistische zorg en deze kosten vallen zonder meer onder de dekking van de zorgverzekering. Of het tot een uitkering komt is evenwel afhankelijk van het antwoord op de vraag of het eigen risico al volledig werd aangesproken.
- 9.4. Vast staat dat het volledige notabedrag van € 170,-- door de ziektekostenverzekeraar aan de zorgverlener is vergoed. Uit artikel 7:962 lid 1 BW volgt dat de ziektekostenverzekeraar voor het notabedrag is gesubrogeerd. Daarnaast gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar zich niet erover uitgelaten of hij eventuele voor zijn rekening komende medische kosten zal verhalen op de aansprakelijke partij. De commissie gaat daarom ervan uit dat de ziektekostenverzekeraar van deze mogelijkheid gebruik maakt. Onder deze omstandigheden gaat het niet aan het initiatief voor een verhaalactie bij verzoeker neer te leggen. Zoals hiervoor is geconcludeerd, betreft het medische



kosten, die verzoeker niet heeft laten afkopen, en die door de ziektekostenverzekeraar volledig zijn vergoed. Laatstgenoemde treedt door subrogatie in de rechten van verzoeker en moet worden geacht zowel de eventuele eigen schade als die van verzoeker te verhalen op de aansprakelijke partij.

- 
- 9.5. Dit betekent overigens niet dat een wijziging optreedt in de contractuele verhouding tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar gehouden zou zijn meer te vergoeden dan waarop de verzekeringsovereenkomst aanspraak geeft of dat hij dient af te zien van het in rekening brengen van het eigen risico. Zou derhalve blijken dat de medische kosten die door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed niet verhaalbaar zijn op de aansprakelijke partij, dan kan het bedrag van de medische kosten - althans voor zover deze zijn verrekend met het eigen risico - bij verzoeker worden ingevorderd. Het past niet dat het incassorisico voor de geleden schade in een dergelijk geval ten volle bij de ziektekostenverzekeraar komt te liggen.



Conclusie

- 
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.4 en 9.5 is overwogen.
- 
- 9.7. Gelet op het voorgaande acht de commissie termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.4 en 9.5 is overwogen.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.



Zeist, 4 juni 2014,



Voorzitter