

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F, vertegenwoordigd door G te H
Zaak : Eigen risico, kosten bevalling, schadevergoeding
Zaaknummer : 2011.02651
Zittingsdatum : 11 juli 2012

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door G te H, hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam gevolmachtigde] Privilege Polis en Tand en Gaaf Polis afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief, gedateerd oktober 2009, heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster een bedrag aan verplicht eigen risico gevorderd ter hoogte van € 177,60.

3.2. Omdat een deel van het bedrag, te weten € 116,90, zag op kosten van bevalling, heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt 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 2 april 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar geen aanspraak heeft op het bedrag van € 116,90 aan verplicht eigen risico, en gehouden is verzoekster een schadevergoeding te betalen ten bedrage van € 144,06 (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij faxbericht van 24 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op dezelfde dag aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 4 respectievelijk 14 juni 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft het bedrag van € 116,90 in eerste instantie van verzoekster gevorderd in verband met ambulancevervoer in het kader van een bevaling. Nadat verzoekster hierover een klacht had ingediend, heeft de ziektekostenverzekeraar haar medegedeeld dat het bedrag verschuldigd was omdat dit onterecht op haar rekening was gestort. Verzoekster heeft dit bestreden, waarop de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de factuur van € 116,90 niet juist was. Later heeft hij echter gesteld dat het bedrag wel juist is, en dat dit verschuldigd is in verband met een rekening van het ziekenhuis met betrekking tot laboratoriumonderzoek. Aangezien deze mededeling eerst na twee jaar miscommunicatie is gedaan, heeft de ziektekostenverzekeraar geen aanspraak meer op het gevorderde bedrag. Bovendien heeft verzoekster kosten moeten maken om alles uit te zoeken. Deze kosten belopen € 144,06.

4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar beaamt dat aan verzoekster meerdere malen onjuiste informatie is verstrekt, en biedt hiervoor zijn excuses aan. Aangezien de laboratoriumkosten ten bedrage van € 447,20 echter wel zijn gemaakt, en deze kosten ten laste van het resterende bedrag aan eigen risico van € 116,90 komen, is verzoekster dit bedrag nog verschuldigd. Gelet op de van toepassing zijnde regelgeving is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd deze kosten bij verzoekster te vorderen.

5.2. De door verzoekster gevorderde kosten van € 144,06 kunnen niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 11 van 'Hoofdstuk 1: Algemene voorwaarden zorgverzekering' 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 aanspraak heeft op het bedrag van € 116,90 aan verplicht eigen risico, en of hij gehouden is verzoekster een schadevergoeding te betalen ten bedrage van € 144,06.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. Artikel 6 van 'Hoofdstuk 2: Dekking zorgverzekering' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden het verplicht eigen risico is verschuldigd en luidt, voor zover hier van belang:

"a. Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de zorgverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

b. Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.

c. Op de vergoeding van zorgkosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering verleend worden, wordt het verplicht eigen risico van € 150,- ingehouden. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;

- de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;

- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.

(...)

- de kosten van de reguliere jeugdtandzorg voor verzekerden tot 22 jaar met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledig prothese. (...)"

- 8.3. Artikel 6 van 'Hoofdstuk 2: Dekking zorgverzekering' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van 'Hoofdstuk 1: Algemene voorwaarden zorgverzekering' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. Het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 18a (oud) Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Niet in geschil is dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 116,90 in eerste instantie ten onrechte bij verzoekster in rekening heeft gebracht, omdat de kosten van zwangerschap en bevalling zijn uitgesloten van het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens echter aangevoerd dat door het ziekenhuis een bedrag van € 447,20 is gedeclareerd, dat betrekking heeft op laboratoriumonderzoek. Door verzoekster is niet bestreden dat deze kosten zijn gemaakt, en dat deze niet zijn uitge-

sloten van het verplicht eigen risico. Gelet op de datum van het onderzoek hebben de kosten geen betrekking op de zwangerschap en bevalling. Zulks is door verzoekster ook niet gesteld. Uit het voorgaande volgt dat verzoekster gehouden is het resterende bedrag aan verplicht eigen risico ter hoogte van € 116,90 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

- 9.2. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat zij kosten heeft moeten maken, doordat de ziektekostenverzekeraar het verplicht eigen risico in eerste instantie op onjuiste gronden van haar heeft gevorderd. Wat hiervan ook zij, het was verzoekster bekend althans bij haar mocht bekend worden verondersteld dat zij behalve de kosten van bevalling ook andere kosten had gemaakt die wél ten laste van het verplicht eigen risico komen. Dat de ziektekostenverzekeraar bij herhaling een onjuiste beoordeling heeft uitgevoerd is niet fraai, maar kwalificeert niet als een toerekenbare tekortkoming die leidt tot schadeplechtigheid van de ziektekostenverzekeraar.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 juli 2012,

Voorzitter