



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te
Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg, Freestyle Libre Flash Glucose Monitoring, schadevergoeding

Zaaknummer : 201800055

Zittingsdatum : 28 november 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 6:96 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
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 basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus en Tandarts afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Freestyle Libre Flash Glucose Monitoring systeem. Bij brief van 26 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een akkoordverklaring te geven voor dit hulpmiddel. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hierop verzocht om een tweede exemplaar van het hulpmiddel bij wijze van reservevoorziening. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan bij brief van 13 december 2017 afgewezen.
- 3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten alsnog een tweede scanner toe te kennen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om een schadevergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 26 juni 2018 medegedeeld geen schadevergoeding te betalen.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 3 september 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem alsnog een schadevergoeding te betalen (hierna: het verzoek).

- 
- 3.6. 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.
- 
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 september 2018 aan verzoeker gezonden. Bij e-mailberichten van onder meer 11 en 14 november 2018 heeft verzoeker op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Afschriften hiervan zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 
- 3.10. Op grond van artikel 114, derde lid, 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 Zvw, 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.
- 
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 november 2018 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar een Freestyle Libre Flash Glucose Monitoring systeem verstrekt gekregen, alsmede een tweede scanner die hij bij uitval van het apparaat kan gebruiken. Het heeft echter lange tijd geduurd voordat de ziektekostenverzekeraar tot deze beslissing is gekomen. De communicatie van de zijde van de ziektekostenverzekeraar heeft van meet af aan te wensen overgelaten. Op enig moment was er wel verbetering doordat verzoeker een bij naam genoemde medewerkster kreeg toegewezen. Om voor verzoeker nog onduidelijke redenen is deze medewerkster echter van de zaak gehaald. Nadien is het weer van kwaad tot erger gegaan. Zo was en is sprake van een groot gebrek aan kennis van zaken en was de hulp die verzoeker ontving van onvoldoende kwaliteit. Vanwege deze gang van zaken heeft verzoeker onnodig kosten gemaakt. Hij heeft diverse telefoongesprekken gevoerd met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar, met een totale gespreksduur van 88 minuten. Hij heeft voorts driemaal een bezoek gebracht aan het kantoor van de ziektekostenverzekeraar, met een rijafstand van 3,2 kilometer enkele reis. Tot slot heeft verzoeker kosten moeten maken voor correspondentie, bestaande uit kosten van kopieën en porti. De totale kosten bedragen zo'n € 243,--.
- 
- 4.2. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en is ter aanvulling aangevoerd dat hij alleen excuses van de ziektekostenverzekeraar kan accepteren als deze zijn fouten erkend en een schadevergoeding toekent.
- 
- 4.3. 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 vindt het vervelend dat verzoeker kosten heeft moeten maken om de door hem gewenste hulpmiddelen verstrekt te krijgen. Er is echter geen toerekenbare tekortkoming aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar die een vergoeding van deze kosten rechtvaardigt. De geschillenprocedures bij de ziektekostenverzekeraar en bij de commissie hebben een laagdrempelig karakter. Hierbij geldt dat het voeren van enige correspondentie, zowel schriftelijk als telefonisch, niet ongebruikelijk is. Deze kosten zijn vaak ook verwaarloosbaar. Het is een vaste regel dat dergelijke kosten in beginsel voor eigen rekening blijven. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar artikel A.21.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarnaast is het de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk met welke kosten verzoeker precies is geconfronteerd; hij heeft hiervan namelijk geen specificatie aangeleverd.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald en benadrukt dat hij van mening is dat hij niet gehouden is een schadevergoeding te betalen.

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 A.22. 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 verzoeker een schadevergoeding te betalen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

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

8.2. Artikel A.21.1. van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"A.21.1. Algemeen

Op de volgende (kosten van) behandelingen hebt u geen recht:

(...)

10. Bijkomende kosten zoals administratie-, facturerings- en verzendkosten;

(...) "

8.3. Artikel 6:96 BW luidt, voor zover hier van belang:

"1 Vermogensschade omvat zowel geleden verlies als gederfde winst.

2 Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:

a. redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;

b. redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;

c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet (langer) in geschil dat verzoeker aanspraak heeft op een Freestyle Libre Flash Glucose Monitoring systeem en een tweede scanner, die hij kan gebruiken als reservevoorziening. Hetgeen hen verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker een schadevergoeding te betalen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Door verzoeker is uiteengezet dat hij kosten heeft gemaakt voor telefoongesprekken, bezoeken aan het kantoor van de ziektekostenverzekeraar en correspondentie. Hij heeft deze kosten begroot op € 243,--.
- Teneinde een schadevergoeding te kunnen vaststellen, dient echter sprake te zijn van een tekortkoming in de nakoming van een verbintenis van de zijde van de ziektekostenverzekeraar. Gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar reeds na de eerste aanvraag is overgegaan tot verstrekking van het Freestyle Libre Flash Glucose Monitoring systeem. Enkel ten aanzien van het voorschieten van de kosten en het verstrekken van een reservevoorziening bestond tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoeker enige discussie. Uiteindelijk heeft verzoeker ook het reservehulpmiddel - in de vorm van een tweede scanner - van de ziektekostenverzekeraar verstrekt gekregen.
- 9.3. De Zvw voorziet, in geval van afwijzing van een aanspraak, in de mogelijkheid de zorgverzekeraar om heroverweging te vragen. Vervolgens kan betrokkene zich wenden tot de bevoegde rechter of tot de onafhankelijke geschilleninstantie als bedoeld in artikel 114. In de fase, voorafgaand aan die waarin het oordeel van een derde wordt gevraagd, zullen inspanningen moeten worden gepleegd en - beperkte - kosten moeten worden gemaakt.
- De zorgverzekeraar kan om hem moverende reden besluiten de aanspraak alsnog te honoreren. Dit kan zijn op basis van de verzekeringsvoorwaarden, maar soms ook uit coulance. Dat de heroverwegingsfase leidt tot een andere uitkomst impliceert niet per definitie dat sprake is van een tekortkoming in de nakoming van een verbintenis van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, leidend tot een verplichting tot schadevergoeding.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 december 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester