

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E, advocaat te F, vs. C te D
Zaak : Schadevergoeding
Zaaknummer : 2008.01038
Zittingsdatum : 19 november 2008

Zaak: 2008.01038 (Schadevergoeding)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 6:75 e.v. BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E, advocaat te F

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar de door haar gemaakte kosten voor rechtsbijstand niet te vergoeden en de geleden (immateriële) schade deels te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van het ontstaan van het geschil waren verzoekster en twee van haar gezinsleden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens zijn aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Bij brief van 18 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat haar zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekeringen – en die van haar twee gezinsleden – per 31 mei 2007 zijn beëindigd. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar twee keer telefonisch verzocht de verzekeringen te herstellen. De zorgverzekeraar heeft toegezegd dat te zullen doen, maar tevens aangegeven dat de daadwerkelijke uitvoering daarvan om systeemtechnische redenen op dat moment niet kon plaatsvinden. Bij brief van 13 augustus 2007 is de zorgverzekeraar gesommeerd de verzekeringen te herstellen en een bedrag van € 2.275,00 aan (immateriële) schade en kosten te vergoeden. Bij brief van 16 augustus 2007 deelt de zorgverzekeraar mee dat de verzekeringen vanaf 1 juni 2007 zijn hersteld op collectieve basis en vanaf 1 juli 2007 op individuele basis. Het verzoek om vergoeding van kosten wordt afgewezen. Bij brief van 11 september 2007 heeft verzoekster haar verzoek om vergoeding van kosten en (immateriële) schade herhaald. Bij brief van 19 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aangeboden onverplicht een bedrag van € 75,00 te vergoeden.

3.3. Op 24 juli 2007 is verzoeksters zoon in Duitsland aan zijn oor geopereerd (verwijderen hemangioom en rechtzetten van het oor). Bij e-maibericht van 9 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar toestemming gegeven voor de behandeling van verzoek-

sters zoon in het ziekenhuis in Berlijn en aangegeven dat de kosten van deze behandeling worden vergoed op basis van de in Nederland geldende tarieven. De originele nota van de behandeling is op 18 september 2007 ingediend. De uitbetaling heeft op zich laten wachten. Verzoekster heeft telefonisch contact gezocht met de zorgverzekeraar, hetgeen niet direct heeft geleid tot vergoeding van de kosten van de behandeling in het buitenland. Bij brief van 21 februari 2008 heeft verzoeksters vertegenwoordiger formeel een klacht ingediend met het verzoek deze in behandeling te nemen en te bevorderen dat het aan verzoekster toekomende bedrag van € 2.891,95, te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf 26 juli 2007, binnen veertien dagen na dagtekening van de brief wordt betaald. Tevens is verzocht om vergoeding van tenminste de kosten van rechtsbijstand. Bij brief van 29 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar verzoekster meegedeeld alsnog het bedrag van € 2.891,95, vermeerderd met de wettelijke rente vanaf 18 september 2007 tot 1 maart 2008 te vergoeden. Tevens kent de zorgverzekeraar verzoekster een bedrag van € 50,00 toe ter compensatie van de diverse gevoerde telefoongesprekken en gespendeerde tijd. Verzoekster kan zich in de hoogte van deze door de zorgverzekeraar toegekende vergoeding niet vinden.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 26 juni 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is tenminste de kosten voor rechtsbijstand te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 11 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 augustus 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 19 november 2008 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de zorgverzekeraar de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekeringen – van haar en haar twee gezinsleden – niet per 1 juni 2008 had mogen beëindigen. Bovendien is de zorgverzekeraar nalatig geweest in het vergoeden van de – tot twee keer toe ingediende – nota van de behandeling van verzoeksters zoon in het buitenland. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar haar ten minste de kosten van rechtsbijstand dient te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster stelt verder dat haar aanspraak niet alleen is gegrond op redelijkheid en billijkheid, maar tevens op de wettelijke bepaling dat degene die tekortschiet in de nakoming van de verbintenis verplicht is de schade die de wederpartij daardoor lijdt te vergoeden (artikel 6:74 BW), alsmede de wettelijke bepaling dat redelijke kosten

ter verkrijging van voldoening buiten rechte als vermogensschade voor vergoeding in aanmerking komen (6:96 lid 2 sub b BW).

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij op 5 juli 2007 bij de zorgverzekeraar een E112-formulier, respectievelijk toestemming, heeft gevraagd voor de behandeling van haar zoon in een zorginstelling in Duitsland. De aanvraag van verzoekster is toen afgewezen op de grond dat zij, en haar kinderen, niet verzekerd zouden zijn. Vervolgens heeft verzoekster de kosten van de behandeling van haar zoon in Duitsland voorgeschoten, waarna de zorgverzekeraar deze eerst geruime tijd later heeft vergoed op basis van de Nederlandse tarieven.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het verzoeksters keuze is geweest zich te wenden tot een advocaat, terwijl haar bij herhaling is toegezegd dat de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekeringen in kracht zouden worden hersteld. Ook het inschakelen van een advocaat in verband met de afwikkeling van de nota van de operatie van verzoeksters zoon in het buitenland is een keuze geweest van verzoekster. Verzoekster had ook contact kunnen opnemen met de behandelaar of de in de verzekeringsvoorwaarden voorziene klachtenprocedure kunnen volgen. De zorgverzekeraar is van mening dat hij niet gehouden kan worden meer te vergoeden, dan hij reeds heeft gedaan.
- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hem niet bekend is dat verzoekster een E112-formulier, respectievelijk toestemming, heeft gevraagd. Voorts verklaart de zorgverzekeraar dat, indien de aanvraag was gehonoreerd, de kosten van de behandeling in Duitsland zouden zijn vergoed op basis van de Duitse tarieven.
- 5.3. Na de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar – bij brief van 25 november 2008 – verklaard te onderzoeken welke vergoeding voor de behandeling zou zijn verleend wanneer er wel een E112-formulier zou zijn afgegeven. Bovendien verklaart de zorgverzekeraar dat hij, ingeval dit bedrag hoger blijkt te zijn dan wat reeds aan verzoekster is uitkeerd, het verschil alsnog zal uitkeren aan verzoekster.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek om schadevergoeding van verzoekster dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de totstandkoming, dan wel uitvoering van de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de onderhavige aanvullende ziektekostenverzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is verzoekster de kosten van rechtsbijstand en (immateriële) schade, verband houdende met de onder 3.2 en 3.3 omschre-

ven kwesties, te vergoeden.

- 7.2. Op voorhand merkt de commissie op dat de basis van een vordering tot vergoeding van immateriële schade is gelegen in artikel 6:106 BW. Gesteld noch gebleken is dat zich in het onderhavige geval één van de in artikel 6:106 lid 1, aanhef en onder a-c, BW genoemde gevallen, op basis waarvan ander nadeel dan vermogensschade voor vergoeding in aanmerking kan komen, heeft voorgedaan. Reeds om die reden moet dat deel van het verzoek dan ook worden afgewezen.
- 7.3. Ter zitting heeft verzoekster toegezegd de kosten van rechtsbijstand nader te onderbouwen. Bij brief van 28 november 2008 heeft zij de declaraties van haar advocaat aan de commissie overgelegd. Een afschrift hiervan is op 2 december 2008 naar de zorgverzekeraar gestuurd.
- 7.4. Artikel 6:96 lid 2, aanhef en onder c, BW bepaalt dat “redelijke kosten” voor vergoeding in aanmerking komen, waarbij blijkens de Parlementaire Geschiedenis is vereist dat in de gegeven omstandigheden, de kosten redelijk zijn en de verrichte werkzaamheden redelijkerwijs noodzakelijk waren ter verkrijging van een voldoening buiten rechte. In het onderhavige geval zijn kosten gemaakt in verband met een tweetal kwesties. Ten aanzien daarvan merkt de commissie het volgende op.

Beëindiging en vervolgens “herstellen” zorgverzekering

- 7.5. Vaststaat dat in de onderhavige situatie een aanpassing in de verzekeringsovereenkomst van verzoekster – en haar gezinsleden – nodig was. Verzoekster maakte immers op enig moment geen deel meer uit van een collectiviteit, hetgeen diende te leiden tot een omzetting naar een individuele verzekering en verval van de collectiviteitskorting.
Met het verval van de collectiviteitskorting blijft de zorgverzekering in stand. Er is geen basis voor de zorgverzekeraar tot beëindiging van de verzekering te besluiten vanwege het niet langer kunnen deelnemen aan een collectiviteit.
Verzoekster heeft herhaaldelijk telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar om wijziging van de zorgverzekering te realiseren. De zorgverzekeraar heeft hierop bij herhaling telefonisch bevestigd dat een en ander, zodra dit systeemtechnisch mogelijk zou zijn, zou worden aangepast. Desalniettemin is de aanvraag voor de behandeling van haar zoon in Duitsland nadien afgewezen omdat verzoekster en haar beide gezinsleden niet verzekerd zouden zijn. Verzoekster heeft hierop een advocaat moeten inschakelen alvorens zij het polisblad heeft ontvangen waarin wordt aangegeven dat de zorgverzekering en/of de aanvullende verzekeringen van verzoekster en haar twee gezinsleden met ingang van 31 mei 2007 in kracht zijn/worden hersteld. Gezien de moeite die verzoekster heeft moeten nemen om de zorgverzekeraar te bewegen de verzekeringen te herstellen en het feit dat zij zich genooddaakt zag een advocaat in te schakelen is de commissie van mening dat verzoekster in beginsel recht heeft op compensatie van de door haar geclaimde kosten voor rechtsbijstand.

Vergoeding kosten behandeling verzoeksters zoon in het buitenland

- 7.6. Verzoeksters zoon is op 24 juli 2007 in Berlijn behandeld. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 9 augustus 2007 aangegeven akkoord te zijn met deze behandeling en heeft tevens verklaard dat de kosten van deze behandeling worden vergoed op basis van de in Nederland geldende tarieven, te weten tot een bedrag van

€ 2.891,95. De originele nota is, zoals artikel 8.5 van de zorgverzekering verlangt, volgens verklaring van de zorgverzekeraar op 18 september 2007 bij hem ingediend. Ondanks het opnieuw inzenden van de declaratie en herhaald telefonisch contact – hetgeen ook door de zorgverzekeraar niet is bestreden – is de zorgverzekeraar niet overgegaan tot vergoeding van de nota. Eerst in reactie op de brief van verzoeksters advocaat van 21 februari 2008 is de zorgverzekeraar overgegaan tot vergoeding van de kosten, verhoogd met de wettelijke rente vanaf 18 september 2007.

- 7.7. In de zorgverzekering is geen regeling opgenomen binnen welke termijn tot uitkering van een toegekende vergoeding moet worden overgegaan. In de “Gedragscode van de zorgverzekeraar”, aan welke gedragscode de zorgverzekeraar zich als lid van Zorgverzekeraars Nederland wordt geacht zich te hebben gebonden, is echter opgenomen dat de zorgverzekeraar voortvarend is bij de afhandeling van declaraties, betalingen en mutaties. Na ommekomst van een termijn van ruim vijf maanden na het inzenden van de originele nota op 18 september 2007, kan het handelen van de zorgverzekeraar niet meer als zodanig worden gekwalificeerd. Het komt de commissie onder vooromschreven omstandigheden dan ook redelijk voor dat de kosten die verzoekster heeft moeten maken ter verkrijging van voldoening buiten rechte, waaronder met name de kosten van de brief van 21 februari 2008, ook in dit geval in beginsel ten laste van de zorgverzekeraar komen.
- 7.8. Verzoekster heeft ter zitting verklaard op 5 juli 2007 een E112-formulier te hebben aangevraagd. Voorts heeft de zorgverzekeraar bij brief van 25 november 2008 medegedeeld het eventuele verschil tussen de vergoeding naar Nederlandse tarieven en de vergoeding naar Duitse tarieven, alsnog uit te keren aan verzoekster. De commissie maakt hieruit op dat de zorgverzekeraar de aanvraag van het E112-formulier erkent en verzoekster het eventuele verschil in tarieven zal vergoeden. Dit aspect behoeft derhalve geen verdere aandacht.

Schadevergoeding

- 7.9. De commissie heeft als algemeen uitgangspunt dat kosten van rechtsbijstand voor rekening van partijen blijven. Dit met name vanwege het feit dat met de onderhavige procedure is getracht een laagdrempelige voorziening te creëren. Het laagdrempelige karakter zou verloren kunnen gaan indien partijen het risico lopen te worden geconfronteerd met kosten van rechtsbijstand die mogelijk meer bedragen dan het financiële belang in de hoofdzaak. De commissie ziet aanleiding tot afwijking van dit uitgangspunt gezien de bijzondere omstandigheden van het onderhavige geval. Verzoekster heeft na een door zorgverzekeraar gemaakte, achteraf erkende misslag, herhaaldelijk geprobeerd de kwestie bij de verzekeraar zelf op te lossen, kwam vervolgens – toen dat in eerste instantie niet leidde tot herstel – in een uitzonderlijk lastige positie te verkeren en verkreeg uiteindelijk eerst resultaat door het inschakelen van een advocaat. De door verzoekster overgelegde declaraties bieden de commissie echter in de door haar advocaat voor afdoening buiten rechte verrichte werkzaamheden onvoldoende inzicht om zonder meer op basis daarvan te komen tot een integrale toewijzing van de in de verschillende declaraties genoemde bedragen. Nu de omvang van de schade niet nauwkeurig kan worden vastgesteld, maakt de commissie, analoog aan het bepaalde in artikel 6: 97 BW een schatting en bepaalt zij het door de zorgverzekeraar op de voet van artikel 96 lid 2, aanhef en onder c, BW te vergoeden bedrag op € 500,00.

Slotsom

7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek tot een bedrag van € 500,00 dient te worden toegewezen. Het meer of anders verzochte wordt afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen in 7.10 is overwogen.

Zeist, 28 januari 2009,

Voorzitter