



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar te Schiedam
Zaak : EU/EER, België, ambulancevervoer, vergoeding incassokosten
Zaaknummer : 201800904
Zittingsdatum : 28 november 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, artt. 6:74 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar te Schiedam, 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 grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) heeft op 21 februari 2018 (GcZ 21 februari 2018, 201701121) aan verzoeker en de ziektekostenverzekeraar een bindend advies uitgebracht, inhoudende dat de kosten van het ambulancevervoer van verzoeker naar een ziekenhuis in België, door de ziektekostenverzekeraar dienden te worden vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft vervolgens de ziektekostenverzekeraar verzocht de incassokosten ten bedrage van totaal € 606,32 te vergoeden, welke kosten het Belgische ziekenhuis bij hem in rekening brengt (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 14 mei 2018 heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (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 10 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 september 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 september 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. 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.
- 3.9. 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.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 november 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker naar aanleiding van het bindend advies van de commissie van 21 februari 2018 een bedrag betaald van € 1.149,29. Omdat de afwikkeling van de kwestie een jaar heeft geduurd, is het bedrag dat het Belgische ziekenhuis in rekening brengt, verhoogd met incassokosten. Deze zijn inmiddels opgelopen tot € 606,32. De ziektekostenverzekeraar weigert deze kosten aan verzoeker te vergoeden. De betreffende kosten waren echter niet gemaakt als de ziektekostenverzekeraar de nota destijds direct had betaald. Verzoeker is daarom van mening dat de ziektekostenverzekeraar de incassokosten alsnog dient te vergoeden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij een rekening heeft gekregen van het ziekenhuis van € 6.200,-. Dit bedrag kon hij onmogelijk zelf betalen. Omdat verzoeker van mening was dat de ziektekostenverzekeraar de nota diende te betalen, is besloten de rekening niet te voldoen. Na lang getouwtrek heeft de commissie in een bindend advies bepaald dat alsnog betaald moet worden. Nu dit het geval is moet de ziektekostenverzekeraar ook de incassokosten betalen. De hele situatie maakt verzoeker erg boos. De ziektekostenverzekeraar is de enige verzekeraar die een contract heeft met het GZA. Dit is het ziekenhuis in België waar hij uitermate tevreden mee is. Verzoeker heeft het gevoel dat sprake is van willekeur. Het hele gezin wordt door de ziektekostenverzekeraar strak gehouden. De polisvoorwaarden worden in zijn geval letterlijk gehanteerd, terwijl zijn schoonzus in dezelfde omstandigheden wel een vergoeding krijgt. Zij kan dit ook bevestigen.
- 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. In artikel 15, vierde lid, van de zorgverzekering is geregeld dat de verzekerde verantwoordelijk is voor een tijdige betaling van een nota aan de zorgaanbieder. Incassokosten als gevolg van het niet (tijdig) betalen van de nota blijven daarom, ongeacht de aanleiding, voor rekening van de verzekerde en worden niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Dat de commissie heeft geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar de nota van het ambulancevervoer alsnog aan verzoeker diende te vergoeden, maakt dit niet anders.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de verzekering die verzoeker heeft afgesloten een combinatiepolis is. De zorg die hij heeft genoten, is door de ziektekostenverzekeraar niet gecontracteerd. Dit betekent dat de kosten van de betreffende zorg eerst voorgesloten moeten worden. Dit is het principe van restitutie. Alleen als vooraf voor 100% duidelijk is dat de zorg door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed, kan de nota rechtstreeks worden gedeclareerd. Indien hij altijd verantwoordelijk zou zijn voor tijdige betaling aan de zorgaanbieder ontstaat voor de ziektekostenverzekeraar een onwerkbaar situatie.

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 de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 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 de incassokosten van € 606,32 aan verzoeker te vergoeden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

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

8.2. Artikel 15, vierde lid, van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"(...) Als u de nota zelf heeft ontvangen van de zorgaanbieder, bent u verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder."

8.3. Artikel 6:74, eerste lid, BW luidt:

"Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend."


8.4. Artikel 6:101, eerste lid, BW, luidt:


"Wanneer de schade mede een gevolg is van een omstandigheid die aan de benadeelde kan worden toegerekend, wordt de vergoedingsplicht verminderd door de schade over de benadeelde en de vergoedingsplichtige te verdelen in evenredigheid met de mate waarin de aan ieder toe te rekenen omstandigheden tot de schade hebben bijgedragen, met dien verstande dat een andere verdeling plaatsvindt of de vergoedingsplicht geheel vervalt of in stand blijft, indien de billijkheid dit wegens de uiteenlopende ernst van de gemaakte fouten of andere omstandigheden van het geval eist."


9. Beoordeling van het geschil


- 9.1. Vast staat dat de commissie bij bindend advies van 21 februari 2018 heeft bepaald dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het ambulancevervoer van Nederland naar België aan verzoeker te vergoeden. Niet in geschil is dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van dit vervoer inmiddels aan verzoeker heeft betaald. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar ook gehouden is de incassokosten van € 606,32 te vergoeden die door het Belgische ziekenhuis bij verzoeker in rekening worden gebracht in verband met het niet (tijdig) voldoen van de nota. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Feit is dat de onderhavige incassokosten niet waren gemaakt, indien de ziektekostenverzekeraar reeds ten tijde van de declaratie was overgegaan tot vergoeding hiervan. De commissie begrijpt de stelling van verzoeker aldus dat de incassokosten daarom een direct gevolg zijn van het onbetaald blijven van de nota. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar artikel 15, vierde lid, van de zorgverzekering, waarin is bepaald dat de verzekerde verantwoordelijk is voor het tijdig betalen van een nota aan een zorgaanbieder. Met een beroep op dit artikel heeft de ziektekostenverzekeraar het verzoek om schadevergoeding afgewezen.
- 9.3. De commissie overweegt dat aan verzoekers redenering ten grondslag ligt dat het door de ziektekostenverzekeraar niet-tijdig voldoen van de door hem ingediende nota een tekortkoming in de nakoming van een verbintenis vormt. Daartoe is echter vereist dat moet kunnen worden vastgesteld wanneer sprake is van 'niet-tijdig', bijvoorbeeld doordat partijen specifieke afspraken hebben gemaakt over de betaaltermijn. Verzoeker heeft zich op zodanige afspraken echter niet beroepen, terwijl hiervan ook anderszins niet is gebleken.
- 9.4. Het was de keuze van verzoeker zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als gevolg hiervan werd hij geconfronteerd met een rechtstreeks aan hem gezonden nota. Het lag - uit hoofde van de met de zorgaanbieder gesloten overeenkomst - op zijn weg de betreffende nota tijdig te voldoen. Dit wil zeggen binnen de met de zorgaanbieder overeengekomen betaaltermijn. Naar is gebleken, had verzoeker tot 24 april 2017 de tijd de nota zonder bijkomende kosten te voldoen, terwijl de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar is gedateerd op 21 maart 2017. Op dat moment moest verzoeker ervan uitgaan dat geen vergoeding zou volgen en diende hij voorrang te geven aan de op hem rustende betaalverplichting. Daarbij kon hij rekening houden met de mogelijkheid dat incassokosten in rekening zouden worden gebracht door het ziekenhuis, welke kosten dan voor zijn rekening zouden blijven. Voor zover verzoeker financiële schade heeft geleden, is deze niet het rechtstreekse gevolg van een tekortkoming in de nakoming van een verbintenis door de ziektekostenverzekeraar, uit hoofde van de zorgverzekering, maar in de eerste plaats van een eigen tekortkoming in de nakoming van een verbintenis op basis van de met de Belgische zorgaanbieder gesloten overeenkomst.
- 9.5. Aan de andere kant moet worden geconstateerd dat vergoeding van het ambulancevervoer ten onrechte is geweigerd. Gezien de Gedragscode van de ziektekostenverzekeraar, is aannemelijk dat bij een juiste beoordeling vóór 24 april 2017 een vergoeding was verleend en dan was verzoeker tijdig in staat gesteld deze vergoeding aan de zorgaanbieder door te betalen. Dit leidt tot de conclusie dat zowel verzoeker als de ziektekostenverzekeraar het ontstaan van incassokosten had kunnen voorkomen. Dit betekent dat in het kader van artikel 6:101, eerste lid, BW ieders bijdrage op 50% kan worden gesteld. De mate van verwijtbaarheid en bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding zijn voor een billijkheidscorrectie. De ziektekostenverzekeraar als professional is een groter verwijt te maken van de onjuiste beoordeling van het verzoek om vergoeding dan het verwijt aan verzoeker dat hij de incassokosten heeft laten oplopen. Dit laatste heeft te maken met de hoogte van de kosten van het ambulancevervoer van € 1.149,29 in relatie tot zijn inkomenspositie. Daarom wordt het aandeel van de ziektekostenverzekeraar in de incassokosten op 60% bepaald. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 363,80 aan verzoeker dient te vergoeden en dat het meerdere voor rekening van verzoeker blijft.


 **Conclusie**


 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk moet worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker een vergoeding moet verlenen van € 363,80 voor de incassokosten. Het meer of anders gevorderde moet worden afgewezen.


 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker een vergoeding moet verlenen van € 363,80 voor de incassokosten. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker moet vergoeden.

 Zeist, 12 december 2018,

 J.A.M. Strens-Meulemeester