



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D  
Zaak : Eigen risico, verkeersongeval Duitsland  
Zaaknummer : 201301690  
Zittingsdatum : 5 maart 2014

**Postadres** Postbus 291, 3700 AG Zeist

**Bezoekadres** Sparrenheuvel 16, 3708 JE Zeist

**T** 088 900 69 00


**F** 088 900 69 06

**E** [info@skgz.nl](mailto:info@skgz.nl)


**www** [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)

**KvK** 30213012

 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 2013, artt. 19 en 20 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, 7:962 BW)

---


 1. Partijen

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

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie trad verzoeker op als verzekeringnemer voor zijn beide dochters (hierna te noemen: verzekerde 1 en 2). Zij waren bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (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).

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De zorgverzekeraar heeft bij meerdere uitkeringsberichten van verzoeker bedragen van € 850,-- en € 583,54 gevorderd ter zake van het verplichte en het vrijwillige eigen risico van verzekerde 1 en 2.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 mei 2013 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.




3.4. Bij brief van 5 oktober 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de bedragen van € 850,-- en € 583,54 niet van hem mag vorderen.

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 januari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 februari 2014 aan verzoeker gezonden.


3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 8 en 21 februari 2014 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.


 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. Verzekerde 1 en 2 zijn op 23 februari 2013 gewond geraakt bij een ernstig ongeval in Duitsland. De identiteit van de veroorzaker van het ongeval is bekend en het staat vast dat deze volledig aansprakelijk is voor de ontstane schade. Verzoeker begrijpt dan ook niet waarom hij van de zorgverzekeraar nota's heeft ontvangen ter zake het verplicht en vrijwillig eigen risico.
-  4.2. Vlak na het ongeval is de alarmcentrale ingelicht. Conform het convenant samenloop reis- en zorgverzekeringen had de zorgverzekeraar in overleg met alle betrokkenen zorg dienen te dragen voor de afhandeling van de schade. Uit niets blijkt dat de zorgverzekeraar heeft gehandeld conform het convenant.
-  4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.


5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar


-  5.1. Op het moment dat een verzekerde te maken krijgt met een spoedeisende hulpvraag in het buitenland verwacht de zorgverzekeraar dat diegene contact opneemt met de alarmcentrale. Waar mogelijk en noodzakelijk zorgt de alarmcentrale voor een garantstelling voor de kosten. Dit is echter niet in alle gevallen mogelijk. Het kan daarom voorkomen dat verzekerde de kosten moet voorschieten. Deze kan hij dan nadien declareren bij de zorgverzekeraar.  
Na het ongeval in Duitsland is ten behoeve van verzekerde 1 een rekening van € 1.688,10 gedeclareerd, waarvan € 850,- is verrekend met het vrijwillige en het verplichte eigen risico. Voor verzekerde 2 is een rekening van € 583,54 gedeclareerd. Hiervan is € 247,38 verrekend met het vrijwillige eigen risico en € 336,16 ten laste van het verplichte eigen risico gebracht.

-  5.2. Vast staat dat de veroorzaker van het ongeval aansprakelijk is voor de ontstane schade. Verhaal is echter alleen mogelijk voor zover schade is geleden. Dit betekent dat indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn verhaalsrecht, hij enkel die schade kan verhalen die hij zelf heeft geleden. Een en ander heeft tot gevolg dat de kosten die voor rekening van een verzekerde blijven, zoals het eigen risico, niet door de zorgverzekeraar kunnen worden verhaald. Een verzekerde zal deze kosten zelf moeten verhalen op de veroorzaker van de schade. Door verzoeker is weliswaar verwezen naar het Convenant samenloop reis- en zorgverzekeringen maar dit convenant bevat geen afspraken over het verhaalsrecht van verzekeraars of verzekerden.

-  5.3. De zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar terecht bedragen van € 850,- en € 583,54 ten laste van het op dat moment nog openstaande verplichte en vrijwillige eigen risico 2013 van verzekerde 1 en 2 heeft gebracht.

 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

-  8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis met gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.

Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*tV hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)*"

- 8.3. De artikelen 7 en 8 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zien op het verplichte en het vrijwillige eigen risico, en luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

**"7.1. Hoogte verplicht eigen risico**

*Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag.  
(...)*

**7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico**

*Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:*

- huisartsenzorg. (...)
- 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. (...)"

**"8.1 Varianten vrijwillig eigen risico**

*Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting is vermeld op het polisblad.  
(...)"*


- 8.4. De artikelen 7, 8 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.1 en 2.3 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.


- 8.6. De verschuldigdheid van het wettelijk verplicht eigen risico en de mogelijkheid tot het afsluiten van een vrijwillig eigen risico zijn geregeld in de artikelen 18a, 19, 20 en 21 (oud) Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 (oud) Bzv.


- 8.7. 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 gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar 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 de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.


 8.8. Artikel 7:962 BW luidt, voor zover hier van belang:

*"1. Indien de verzekerde terzake van door hem geleden schade anders dan uit verzekering vorderingen tot schadevergoeding op derden heeft, gaan die vorderingen bij wijze van subrogatie op de verzekeraar over voor zover deze, al dan niet verplicht, die schade vergoedt. De verzekerde moet zich, nadat het risico zich heeft verwezenlijkt, onthouden van elke gedraging welke aan het recht van de verzekeraar tegen die derden afbreuk doet.  
(...)"*


 9. Beoordeling van het geschil


 9.1. Vaststaat dat verzoeker verzekeringnemer is voor verzekerde 1 en 2. Zowel verzekerde 1 als verzekerde 2 is ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2013 een bedrag van maximaal € 350,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Daarnaast hebben verzekerde 1 en verzekerde 2 voor het jaar 2013 ieder gekozen voor een vrijwillig eigen risico van maximaal € 500,--. Hiermee komt het totale eigen risico per verzekerde voor het jaar 2013 op maximaal € 850,--. Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van verzekerde zorg die niet is uitgesloten van de eigen risicoregeling. Niet ter discussie staat dat het eigen risico voor 2013 van beide verzekerden vóór het ongeval niet werd aangesproken. De juistheid van de berekende eigen risicobedragen is door verzoeker niet bestreden.


 9.2. Vaststaat verder dat verzoeker vanwege het eigen risico schade heeft geleden en op de veroorzaker hiervan een vordering heeft ter grootte van totaal € 1.433,54 (€ 850,-- + € 583,54).

 9.3. Ter beantwoording ligt de vraag voor of de zorgverzekeraar gehouden is deze schade te verhalen op de veroorzaker in plaats van op verzoeker. Het door verzoeker aangehaalde convenant regelt de relatie tussen verzekeraars en verplicht de zorgverzekeraar niet tot het vergoeden van niet onder de zorg- of reisverzekering gedekte schade of het nemen van verhaal op de veroorzaker van de schade.  
Uit de stukken blijkt dat de zorgverzekeraar ten behoeve van verzekerde 1 en 2 alle medische kosten die zijn voortgevloeid uit het ongeval, onder aftrek van het verplichte en vrijwillige eigen risico, heeft vergoed. Voor zover het de op grond van de zorgverzekering (vergoede) medische kosten betreft, kan de zorgverzekeraar deze ingevolge artikel 7:962 lid 1 BW verhalen op de veroorzaker van het ongeval. Tot op heden is onduidelijk of de zorgverzekeraar van deze mogelijkheid gebruik zal maken. Aangenomen mag worden dat de zorgverzekeraar hiertoe zal overgaan, aangezien het tegendeel gesteld noch gebleken is. In een dergelijke situatie brengt de contractuele verhouding tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar met zich dat laatstgenoemde naast de eigen schade tevens op de veroorzaker van de schade verhaalt de schade ten bedrage van € 1.433,54 die verzekerden hebben geleden. Dezelfde contractuele verhouding brengt tevens met zich dat door de zorgverzekeraar het eigen risico eerst bij verzekerde kan worden ingevorderd op het moment dat blijkt dat de bij de schadeveroorzaker gevorderde schade van de zorgverzekeraar en verzekerden niet door de schadeveroorzaker zal (kunnen) worden vergoed. Het past niet dat het incassorisico voor de geleden schade in een dergelijk geval ten volle bij de zorgverzekeraar komt te liggen.

 **Conclusie**

 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.3 is overwogen.

 9.5. Gelet op het voorgaande acht de commissie termen aanwezig de zorgverzekeraar 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 9.3 is overwogen.



10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 19 maart 2014,



Voorzitter

