

LJN: BX9646, Rechtbank Almelo , 391763 CV EXPL 12569/11

Datum uitspraak: 09-10-2012

Datum publicatie: 10-10-2012

Rechtsgebied: Civiel overig

Soort procedure: Eerste aanleg - enkelvoudig

Inhoudsindicatie: Zorgverzekeraar betaalt declaratie van een zorgverlener. De kosten van de betreffende behandeling vallen niet onder dekking van de polis basis- en/of aanvullende verzekering van de betrokken patient. Zorgverzekeraar verhaalt de kosten op verzekerde, stellende dat het hier een eigen bijdrage betreft en dat deze gang van zaken 'gebruikelijk' is. Kosten van niet onder de zorgverzekeringpolis vallende zorg kunnen evenwel niet onder noemer 'eigen bijdrage' worden verhaald (zie artikel 11 lid 3 Zorgverzekeringswet en artikel 1 sub 3 Besluit Zorgverzekeringen). Gebruik is geen grondslag voor verhaal. Vordering zorgverzekeraar afgewezen.

Vindplaats(en): Rechtspraak.nl

Uitspraak

RECHTBANK ALMELO

Sector Kanton

Locatie Enschede

Zaaknummer : 391763 CV EXPL 12569/11

Uitspraak : 9 oktober 2012

Vonnis in de zaak van:

de naamloze vennootschap Menzis Zorgverzekeraar N.V., rechtsopvolgster onder algemene titel van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Menzis Zorgverzekeraar U.A., gevestigd en kantoorhoudende te Wageningen, eisende partij, hierna ook wel te noemen: Menzis, gemachtigde: N.J.M. Tjihuis, gerechtsdeurwaarder te Almelo,

tegen

[gedaagde],
wonende te [woonplaats]) aan de [adres],
[gedaagde] partij, hierna ook wel te noemen: [gedaagde],
in persoon procederend.

1. procedure

1.1 Deze blijkt uit de navolgende stukken:

- het tussenvonnis van 26 juni 2012;
- de akte na tussenvonnis aan de zijde van Menzis van 17 juli 2012;
- de antwoordakte aan de zijde van [gedaagde] ingekomen op 11 september 2012.

1.2 Het vonnis is bepaald op heden.

2. de verdere beoordeling

2.1 Menzis heeft aan haar vordering bij dagvaarding ten grondslag gelegd dat [gedaagde] de gevorderde kosten 'als eigen bijdrage' aan Menzis verschuldigd is. Reeds bij tussenvonnis van 26 juni 2012, overweging 2.4, is overwogen dat het hier geen eigen bijdrage betreft. Ter aanvulling overweegt de kantonrechter als volgt.

2.2 Ingevolge artikel 1 van het Besluit Zorgverzekering is gedefinieerd als:

" a. wet: de Zorgverzekeringswet;

b. [...]

c. eigen bijdrage: een eigen bijdrage als bedoeld in artikel 11 derde lid van de wet;

d. [...]."

Artikel 11 van de Zorgverzekeringswet bepaalt onder meer het volgende:

"1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of

b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2. [...]

3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt. [...]."

2.3 Naar oordeel van de kantonrechter volgt hieruit dat kosten die de zorgverzekeraar maakt door uit te betalen aan een zorgverlener, maar welke kosten niet onder het basis- of aanvullende verzekeringspakket vallen derhalve niet onder de definitie van de eigen bijdrage als bedoeld in artikel 1 sub 3 van het Besluit Zorgverzekering vallen/begrepen kunnen worden. Immers gelet op het bepaalde in artikel 11 lid 1 van de Zorgverzekeringswet gaat het steeds om zorgplicht jegens de verzekerde gerelateerd aan 'het verzekerd risico'. A contrario: niet verzekerd risico valt buiten de gegeven definities.

2.4 Menzis heeft, ondanks verzoeken daartoe bij tussenvonnis van 27 maart en 26 juni 2012 geen bescheiden in het geding gebracht of een nadere onderbouwing gegeven van haar stelling dat volgens haar wel sprake is van een vordering wegens een verschuldigde eigen bijdrage. Hetgeen Menzis daartoe in alinea 1 van de akte na tussenvonnis heeft gesteld, is daartoe onvoldoende onderbouwd.

2.5 Voorts is Menzis, er van uitgaande dat het hier geen verschuldigde eigen bijdrage betreft, bij tussenvonnis van 26 juni 2012 in de gelegenheid gesteld nader te onderbouwen op basis waarvan zij:

- niet-verzekerde zorg die bij haar door behandelaars wordt gedeclareerd voldoet, zonder dat de patiënt daar weet van heeft en waardoor het bestrijden van de juistheid van de gedeclareerde factuur - nagenoeg - onmogelijk wordt gemaakt;
- de door haar betaalde declaraties ter zake waarvan de zorg niet bij haar is verzekerd op patiënten, in dit geval [gedaagde], verhaalt.

2.6 Menzis heeft bij akte aangevoerd dat ten onrechte in het tussenvonnis van 26 juni 2012 wordt

gesproken over 'niet verzekerde' zorg. Menzis heeft bij akte aangevoerd dat 'de code H44 wel onder de verzekerde zorg valt, maar geen deel uitmaakt van het pakket waarvoor [gedaagde] bij aanvang van de verzekeringsovereenkomst heeft gekozen'. Ter verduidelijking voor partijen, dat is nu precies wat de kantonrechter bij tussenvonnis bedoelde waar zij schreef 'niet-verzekerde zorg', namelijk 'voor [gedaagde] niet-verzekerde zorg' en dat sluit aan bij de definities in de Zorgverzekeringswet en het Besluit Zorgverzekering, zoals hiervoor is aangehaald.

Vast staat dat [gedaagde] voor de behandeling met code H44 niet verzekerd was.

Voor zover Menzis aan haar vordering ten grondslag heeft gelegd dat [gedaagde] gehouden is de vordering te voldoen bij wijze van eigen bijdrage dient die te worden afgewezen, nu die grondslag de vordering niet kan dragen

2.7 In antwoord op de vraag op basis waarvan Menzis kosten van niet-verzekerde zorg (waarmee dus bedoeld is 'voor [gedaagde] niet-verzekerde zorg') die bij haar, door zorgverleners wordt gedeclareerd voldoet, heeft Menzis aangevoerd dat het in geval van de door [gedaagde] gesloten zogenoemde Naturapolis gebruikelijk is dat de zorgverlener rechtstreeks declareert bij Menzis als zorgverzekeraar en die declaraties, al dan niet geheel of gedeeltelijk, conform de polisvoorwaarden automatisch worden vergoed. De verzekerde wordt vervolgens middels uitkeringspecificaties geïnformeerd met betrekking tot de bij haar in rekening gebrachte zorgkosten. Als de verzekerde het met de declaratie niet eens is, dient die zich (uiteindelijk) te wenden tot de zorgverlener/behandelaar teneinde het ten onrechte gedeclareerde bedrag terug te vorderen. In geval van een Restitutiepolis ligt dat anders, aldus Menzis. Menzis verwijst voor nadere informatie naar haar website. De kantonrechter heeft daarop de website bekeken en daar de navolgende informatie gevonden:

"Bij Menzis kunt u kiezen voor een Basisverzekering als naturapolis of als restitutiepolis. Er is verschil in wat u voor uw Basisverzekering betaalt en, afhankelijk of u wel of niet naar een gecontracteerde zorgverlener gaat, wat en hoe u de zorg vergoed krijgt.

Gecontracteerde zorg

Menzis sluit contracten met zorginstellingen en zorgverleners. In deze contracten maken wij afspraken over bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg en wachttijden.

Naturapolis: Menzis ZorgVerzorgd

Als u kiest voor onze naturapolis, kiest u zelf uw zorgverlener. Bij voorkeur uit de groep van ongeveer 35.000 zorgverleners die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. Uw zorgkosten worden dan direct door ons betaald aan uw zorgverlener. Wel zo gemakkelijk. De meeste mensen die bij Menzis verzekerd zijn, hebben dan ook een naturapolis. Als u besluit naar een zorgverlener te gaan die met Menzis geen overeenkomst heeft, moet u de rekening eerst zelf betalen en krijgt u geen volledige vergoeding. [...]

Restitutiepolis: Menzis ZorgZó

Als u kiest voor onze restitutiepolis, kiest u ook zelf uw zorgverlener. Als u kiest voor een zorgverlener die geen overeenkomst heeft met Menzis, dan betaalt u de rekening zelf aan de zorgverlener. Daarna kunt u de kosten declareren bij Menzis. De vergoeding die Menzis uitbetaalt, is gelijk aan het in Nederland gebruikelijke tarief. Rekent een zorgverlener een hoger tarief dan gebruikelijk is, dan is het verschil voor uw rekening. [...]"

2.8 De kantonrechter heeft op de website geen informatie gevonden waaruit blijkt dat Menzis ook kosten die niet onder de afgesloten zorgverzekering (basis- en aanvullend pakket) vallen kan en zal vergoeden en op welke basis de verzekerde gehouden is die kosten aan Menzis terug te betalen. De enige grondslag die door Menzis is gesteld, is 'het gebruik'. Menzis heeft ook geen polisvoorwaarden in het geding gebracht waaruit het één en ander volgt, hoewel zij in haar akte wel stelt dat betaling 'conform de polisvoorwaarden plaatsvindt'.

2.9 Derhalve dient de vraag beantwoord te worden of 'het gebruik' een voldoende grondslag is om de vordering te kunnen dragen. De rechtsgevolgen van een overeenkomst worden ingevolge het bepaalde in artikel 6: 248 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek (BW) mede bepaald door 'gewoonte of

eisen van redelijkheid en billijkheid'. Menzis doelt, waar zij een beroep doet op 'gebruik', naar de kantonrechter aanneemt, op de hiervoor aangehaalde frase van artikel 6: 248 lid 1 BW. Denkbaar is dat het voldoen van niet door de afgesloten verzekering gedekte kosten ten behoeve van een patiënt op basis van dergelijk gebruik plaatsvindt. Anders is dat als het gaat om 'het verhalen' van die door haar vergoede kosten op de verzekerde. Het door Menzis gestelde gebruik kan derhalve evenmin tot toewijzing van de vordering kan leiden.

2.10 Succesvol verhaal kan wel aan de orde zijn als de zorgverlener, in dit geval de tandarts, zijn rechtsverhouding met [gedaagde] aan Menzis heeft overgedragen. Maar dat kan ingevolge het bepaalde in artikel 6: 159 lid 1 BW slechts middels een daartoe tussen de tandarts en Menzis opgemaakte akte. Gesteld noch gebleken is dat een dergelijke akte bestaat, zodat de vordering op die grond niet kan worden toegewezen. Ten overvloede wordt overwogen dat voor zover van enige rechtsgeldige overdracht van de (oorspronkelijke) vordering van de tandarts op [gedaagde] sprake mocht zijn geweest, artikel 6: 145 BW aan toewijzing van de vordering in de weg kan staan. Daarin is immers bepaald 'Overgang van een vordering laat de verweermiddelen van de schuldenaar onverlet. Dat betekent dat indien de verzekerde de juistheid van de declaratie van de zorgverlener betwist, het op de weg van de zorgverzekeraar ligt te stellen en bij betwisting te bewijzen dat de zorgverlener de gedeclareerde zorg daadwerkelijk heeft geleverd en daarvoor het gedeclareerde tarief in rekening mocht brengen.

Voorts kan van succesvol verhaal mogelijk sprake zijn als er sprake is van ongerechtvaardigde verrijking als bedoeld in artikel 6: 212 lid 1 BW. Menzis heeft daartoe evenwel geen feiten gesteld, zodat ook dat niet middels ambtshalve aanvulling van de rechtsgronden tot toewijzing van de vordering kan leiden.

2.11 Hetgeen hiervoor is overwogen dient er toe te leiden dat de vordering wordt afgewezen.

2.12 Menzis zal als de in het ongelijk gestelde partij worden veroordeeld in de kosten van de procedure. Onder verwijzing naar artikel 238 lid 1 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering zal de kantonrechter de kosten voor verlet en reiskosten, gelet op de opgave van [gedaagde] bij brief van 27 februari 2012 begroten op € 44,-.

3. rechtdoende

Wijst de vorderingen af.

Veroordeelt Menzis in de kosten van de procedure, aan de zijde van [gedaagde] begroot op € 44,-.

Dit vonnis is gewezen te Enschede door mr. E.W. de Groot, kantonrechter, en op 9 oktober 2012 in het openbaar uitgesproken in tegenwoordigheid van de griffier.
