

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0721
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 17 februari 2021
Ingediend door : De consument
Tegen : Witte-Boussen Assurantien B.V., gevestigd te Terneuzen, verder te noemen de
tussenpersoon
Datum uitspraak : 11 augustus 2021
Aard uitspraak : Bindend advies
Uitkomst : Vordering afgewezen

Samenvatting

Zorgplicht assurantietussenpersoon / informatieverstrekking. De consument heeft via de tussenpersoon een zorgverzekering. De consument moet een operatie ondergaan in een ziekenhuis in België. Zij meldt dit aan de tussenpersoon. Die heeft haar toen niet geïnformeerd dat in België bij de keuze voor een eenpersoonskamer aanzienlijke meerkosten in rekening worden gebracht, die niet gedekt zijn onder haar zorgverzekering. De consument vordert vergoeding van de meerkosten van de tussenpersoon. De commissie oordeelt dat deze Belgische regeling voor Nederlanders niet van algemene bekendheid is. De tussenpersoon, die daar wel mee bekend was, heeft verzuimd de consument daarover te informeren en is daardoor tekort geschoten in zijn zorgplicht. Maar de consument is voor haar opname door haar behandelend arts én in het door haar ondertekende opnameformulier alsnog geïnformeerd over de meerkosten bij keuze voor een eenpersoonskamer. Daarna heeft zij toch voor de eenpersoonskamer gekozen. Daarmee is het causaal verband tussen de fout van de tussenpersoon en de schade doorbroken. De vordering van de consument wordt daarom afgewezen.

I. De procedure

- I.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de tussenpersoon; 3) de repliek van de consument en 4) de dupliek van de tussenpersoon.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 9 juni 2021. Beide partijen hebben deelgenomen aan de hoorzitting.
- I.3 De consument en de tussenpersoon hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft via de tussenpersoon een zorgverzekering bij een zorgverzekeraar. Op 12 mei 2020 heeft de consument de tussenpersoon een e-mail gestuurd met als onderwerp: “Opname in buitenland”, waarin het volgende staat:

“Beste,

Ik sta op de wachtlijst om een operatie op dringende medische gronden te ondergaan in [plaats in België]. Op verwijzing van huisarts en meerdere specialisten. Gezien dit bij [naam van de vorige verzekeraar] geen probleem was omdat deze een contract met [naam van het ziekenhuis] hadden, neem ik aan dat ik nu ook geen verdere actie moet ondernemen. Graag hoor ik van u”

- 2.2 De tussenpersoon heeft op 22 mei 2021 als volgt gereageerd:

“Het [naam van het ziekenhuis] heeft een contract met [naam van de verzekeraar]. Zij kunnen de nota’s dan ook rechtstreeks declareren bij de verzekeraar. Mocht het om een behandeling gaan die niet onder het contract valt, dan moet er een aanvraag ingediend worden. Dit is bekend bij het ziekenhuis.”

- 2.3 Van 7 juni 2020 tot 13 juni 2020 is de consument opgenomen geweest in een ziekenhuis in België. Het ziekenhuis heeft de consument op 18 augustus 2020 een factuur gestuurd van € 6.596,81 voor de meerkosten voor een eenpersoonskamer. Het ziekenhuis heeft de consument € 300,00 in rekening gebracht voor de verzorging op een eenpersoonskamer en € 6.546,81 voor het honorariumsupplement dat geldt bij verblijf op een eenpersoonskamer. Het door de consument bij opname betaalde voorschot van € 250,00 is op het totaalbedrag in mindering gebracht. De zorgverzekering biedt geen dekking voor het openstaande bedrag.

- 2.4 De consument heeft bij het ziekenhuis geklaagd, waarna zij van het ziekenhuis op 23 september 2020 een e-mail heeft ontvangen waarin onder andere staat:

“Verder heb ik begrepen van [naam van de arts] dat bij de inplanning van de ingreep bij [naam van de arts] hij u op de hoogte bracht van een aanzienlijke meerkost vanwege de 1 persoonskamer met de melding dat dit niet gedekt wordt door uw zorgverzekering. Een keuze die reeds was gemaakt en ingepland voor het bedplanningssysteem voor de opnamedag waar u de opnameverklaring tekende.”

- 2.5 De keuze voor een eenpersoonskamer is vastgelegd in een door de consument op de dag van de opname ondertekende “opnameverklaring”. Bovenaan de verklaring staat:

“Doel van de opnameverklaring: recht om geïnformeerd keuzes te maken over financiële gevolgen van de opname”.

In de toelichting bij die opnameverklaring staat onder het kopje “Kosten voor de honoraria van artsen”:

“Indien u uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en er ook effectief verblijft, kunnen alle artsen u honorariumsupplementen aanrekenen. Deze honorariumsupplementen zijn volledig ten laste van de patiënt, hiervoor is geen tussenkomst vanuit de ziekteverzekering voorzien.

(...)

Het bedrag dat een arts in ons ziekenhuis mag aanrekenen als honorariumsupplement is maximaal 150% van het wettelijk vastgelegde tarief. Elke arts die tussenkomt in uw behandeling (anesthesist, chirurg,...) kan een ereloonsupplement aanrekenen.”

De klacht en vordering

- 2.6 De klacht van de consument is dat de tussenpersoon tekort is geschoten bij het verstrekken van informatie aan haar naar aanleiding van haar e-mail van 12 mei 2021. In die e-mail maakte zij melding van een geplande operatie in een Belgisch ziekenhuis. De tussenpersoon heeft haar er toen niet op gewezen dat er voor bepaalde ingrepen vooraf een offerte moet worden ingediend bij de zorgverzekeraar. Hij heeft haar ook niet gewezen op de meerkosten die bij opname in een Belgisch ziekenhuis gelden bij de keuze voor een eenpersoonskamer. De kosten voor de operatie zijn uiteindelijk alsnog door de verzekeraar vergoed, maar de meerkosten voor de eenpersoonskamer niet. De consument had bij opname in het ziekenhuis wel begrepen dat zij € 50,00 per nacht zou moeten betalen bij gebruik van een eenpersoonskamer, maar niet dat de ziekenhuisartsen dan ook een honorariumsupplement in rekening konden brengen. Uit navraag achteraf in haar kennissenkring bleek haar dat niemand daarmee bekend was. Nadat zij de tussenpersoon op zijn tekortkoming in de voorlichting had gewezen, heeft hij daarover informatie op zijn website gezet. De vordering van de consument bedraagt € 6.600,00.

Het verweer

- 2.7 De tussenpersoon voert verweer tegen de stellingen van de consument. Voor zover nodig zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

- 3.1 De commissie moet beoordelen of de tussenpersoon aansprakelijk is jegens de consument. De commissie is van oordeel dat de tussenpersoon zijn zorgplicht jegens de consument heeft geschonden door haar niet tijdig te informeren over de hoge extra kosten bij de keuze voor een eenpersoonskamer in een Belgisch ziekenhuis en over het ontbreken van dekking voor die extra kosten onder haar zorgverzekering. Maar de tussenpersoon is niet aansprakelijk voor de schade van de consument. Het causaal verband tussen de schending van de zorgplicht en de schade is doorbroken doordat het ziekenhuis de consument voor de opname over die extra kosten heeft geïnformeerd en zij daarna toch heeft gekozen voor een eenpersoonskamer. De commissie licht dit oordeel hieronder toe.

Maatstaf zorgplicht assurantietussenpersoon

- 3.2 De assurantietussenpersoon moet bij zijn werkzaamheden voor de verzekeringnemer de zorg van een goed opdrachtnemer in acht nemen. Dit betekent volgens de Hoge Raad in zijn uitspraak van 10 januari 2003¹ dat van de adviseur de zorg mag worden verwacht van een redelijk bekwaam en redelijk handelend assurantietussenpersoon. Deze algemene zorgplicht is verder ingevuld in de rechtspraak. Zo moet de tussenpersoon waken voor de belangen van de verzekeringnemers bij de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen. Daarbij hoort ook dat de tussenpersoon de verzekeringnemer tijdig opmerkzaam maakt op de gevolgen die hem bekend geworden feiten voor de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kunnen hebben. Het gaat dan om feiten die aan de tussenpersoon bekend zijn of die hem redelijkerwijs bekend behoorden te zijn. De zorgplicht van de tussenpersoon geldt niet alleen ten tijde van het sluiten van de overeenkomst maar ook wanneer hij tijdens de looptijd van de tot zijn portefeuille behorende verzekeringen kennis neemt van feiten of omstandigheden die van belang zijn in verband met de dekking van de via zijn kantoor afgesloten verzekeringen. Wat deze zorgplicht concreet inhoudt en of de adviseur daar aan heeft voldaan, hangt steeds af van de feiten en omstandigheden van het geval.
- 3.3 De consument heeft de tussenpersoon in haar e-mail van 12 mei 2020 meegedeeld dat zij op de wachtlijst stond om te worden geopereerd in een Belgisch ziekenhuis. De tussenpersoon stelt in zijn verweer dat de consument geen specificatie van de operatie heeft gegeven. Maar de tussenpersoon had uit deze e-mail wel moeten opmaken dat het (waarschijnlijk) ging om een opname. Het was voor de consument van belang om te weten dat haar zorgverzekering geen dekking bood voor de extra kosten bij een keuze voor een eenpersoonskamers. Ter zitting vertelde de tussenpersoon dat die informatie op zijn website heeft gestaan, maar niet in de periode dat de consument wist dat zij in een Belgisch ziekenhuis geopereerd ging worden en zij de tussenpersoon daarover om informatie heeft gevraagd.

¹ Zie HR 10 januari 2003, ECLI:NL:HR:2003: AF0122, NJ 2003, 375, te raadplegen op www.rechtspraak.nl.

Inmiddels staat die informatie wel weer op de website van de tussenpersoon. De tussenpersoon was dus bekend met de extra kosten voor opname in een eenpersoonskamer in een Belgisch ziekenhuis en met het feit dat de zorgverzekering van de consument die extra kosten niet dekt. De commissie volgt de consument in haar standpunt, dat de tussenpersoon overigens ook niet betwist, dat deze regeling voor Belgische ziekenhuizen, niet van algemene bekendheid in Nederland is, ook niet in Zeeuws-Vlaanderen. Omdat de tussenpersoon bekend was met de meerkosten bij de keuze voor een eenpersoonskamer die niet gedekt waren onder de zorgverzekering van de consument, had hij de consument daarover moeten informeren toen zij melding deed van haar opname in een Belgisch ziekenhuis. Door dat niet te doen heeft de tussenpersoon zijn zorgplicht geschonden.

Geen causaal verband tussen de fout en de schade

- 3.4 Maar daarmee is niet gezegd dat de tussenpersoon ook aansprakelijk is voor de extra kosten die de consument aan het ziekenhuis moest betalen, omdat hiervoor nodig is dat er causaal verband bestaat tussen de fout van de tussenpersoon en de schade die de consument heeft geleden.
- 3.5 De tussenpersoon wijst op twee gebeurtenissen waardoor de consument voor haar operatie alsnog over de meerkosten is geïnformeerd. Hij wijst in de eerste plaats op de e-mail van 23 september 2020 van het ziekenhuis aan de consument, waarin staat dat de consument al bij de inplanning van de ingreep door haar behandelend arts, op de hoogte is gebracht van de aanzienlijke meerkosten van de keuze voor een eenpersoonskamer. De consument ontkent dat de arts haar over de meerkosten heeft geïnformeerd, maar die enkele ontkening doet niet voldoende afbreuk aan de bewijskracht van de informatie van het ziekenhuis. Dit betekent dat de commissie ervan uitgaat dat het ziekenhuis de consument bij de inplanning van de ingreep al heeft geïnformeerd over de aanzienlijke meerkosten van een eenpersoonskamer. In de tweede plaats wijst de tussenpersoon op de door de consument ondertekende opnameverklaring, waarin het honorariumsupplement van maximaal 150% staat en dat hierin geen tussenkomst vanuit de ziekteverzekering is voorzien. De consument erkent dat zij deze verklaring heeft ondertekend, maar zij stelt die niet goed te hebben gelezen omdat zij gespannen was voor de opname. Hoewel het alleszins begrijpelijk is dat de consument voor haar operatie gespannen was en dat zij de tekst van de opnameverklaring niet goed heeft gelezen, komt dit in de verhouding tot de tussenpersoon voor haar risico. Uit de ondertekening van de opnameverklaring mag worden opgemaakt dat het ziekenhuis de consument heeft geïnformeerd over het honorariumsupplement dat verbonden is aan de keuze voor een eenpersoonskamer.
- 3.6 Vaststaat dat de tussenpersoon heeft verzuimd de consument te waarschuwen dat aan een eenpersoonskamer aanzienlijke meerkosten verbonden waren die niet onder de dekking van de verzekering vielen.

Maar het ziekenhuis heeft de consument wel tweemaal tijdig over die meerkosten geïnformeerd, dat wil zeggen voordat zij haar keuze voor de eenpersoonskamer maakte. De consument heeft de eenpersoonskamer daarna gekozen, zonder eerst na te vragen of de daaraan verbonden meerkosten onder de dekking van de verzekering vielen. Als de consument dit wel had gedaan, zou zij hebben vernomen dat de meerkosten niet gedekt waren en dan zou zij niet voor een eenpersoonskamer hebben gekozen. Dat betekent dat het causale verband tussen de schending van de zorgplicht door de tussenpersoon en de schade van de consument doorbroken is, wat betekent dat niet het gedrag van de tussenpersoon maar het eigen gedrag van de consument juridisch gezien de schade heeft veroorzaakt. De tussenpersoon is daarom niet aansprakelijk voor de schade van de consument.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.