

**Bindend advies** van de Geschillencommissie PIV-Overeenkomst Buitengerechtelijke kosten te 's-Gravenhage, verder te noemen de commissie, gegeven op 2 november 2011,

in de zaak van

**Belangenbehartiger X,**  
verder te noemen "belangenbehartiger X",

tegen:

**Verzekeraar Y,**  
verder te noemen "verzekeraar Y".

#### **De procedure:**

Belangenbehartiger X heeft, in overleg met verzekeraar Y, bij brief van 5 augustus 2011 een geschil tussen hen met betrekking tot de PIV-overeenkomst Buitengerechtelijke kosten (BGK) voorgelegd aan de commissie, daar pogingen om het geschil in der minne te regelen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid.

Belangenbehartiger X heeft bij mail van 13 oktober 2011 zijn standpunt nader toegelicht.

Bij brief van 14 oktober 2011 heeft verzekeraar Y eveneens inhoudelijk gereageerd op de klacht.

De voorzitter van de commissie heeft besloten dat partijen niet uitgenodigd zullen worden om ter zitting hun standpunten mondeling toe te lichten, nu de klacht voldoende schriftelijk is toegelicht. De zaak is op 2 november 2011 door de commissie behandeld.

#### **Beoordeling van de klacht:**

##### **Vaststaande feiten**

Tussen partijen staat vast:

- dat in onderling overleg is afgesproken om de onderhavige zaak af te handelen op basis van de PIV-overeenkomst BGK, hoewel de datum van het ongeval gelegen is voor de ingangsdatum van de overeenkomst;
- dat de schade is afgewikkeld in 2009;
- dat de schade voor een groot deel bestond uit ziekenhuiskosten en de benadeelde in het geheel niet tegen ziektekosten verzekerd was;
- dat verzekeraar Y in totaal € 95.934,67 aan kosten van medische behandeling (ziekenhuiskosten) heeft vergoed, waarvan € 84.804,49 rechtstreeks aan het ziekenhuis is betaald en € 11.130,18 aan belangenbehartiger X als onderdeel van een voorschot onder algemene titel.

##### **Geschilpunt**

Tussen partijen is in geschil of de betaalde kosten van medische behandeling (ziekenhuiskosten) moeten worden meegenomen in het schadebedrag waarover de BGK worden berekend.

1. Het standpunt van belangenbehartiger X betreft - samengevat en in hoofdzaak - het volgende:

Belangenbehartiger X stelt zich op het standpunt dat de BGK moeten worden berekend over het schadebedrag, waarin zijn begrepen de kosten van medische behandeling. Omdat benadeelde niet tegen ziektekosten is verzekerd, werden deze kosten door de medisch zorgverleners bij benadeelde in rekening gebracht en door belangenbehartiger X ter betaling aan verzekeraar Y gezonden.

Belangenbehartiger X is van mening dat de door hem namens de benadeelde met verzekeraar Y gemaakte afspraak om het betalingsverkeer rechtstreeks tussen de zorgverleners en verzekeraar Y te laten verlopen, niet afdoet aan het feit dat deze zorgkosten onderdeel vormen van de schade van benadeelde.

Het voorstel van verzekeraar Y om de uren die aan de zijde van belangenbehartiger X gemoeid zijn geweest met de vordering ter zake van de medische kosten apart te vergoeden is door belangenbehartiger X afgewezen.

Belangenbehartiger X acht hiertoe van belang dat de PIV-overeenkomst BGK:

- ter bepaling van de BGK alleen een relatie legt met de hoogte van de persoonlijke schade;
- geen bepalingen kent waarin de omvang van een bepaalde schadepost wordt beperkt;
- geen bepalingen kent waarin de BGK bij de schadepost zorgkosten wordt beperkt;
- geen bepalingen kent waarin beperkende voorwaarden zijn gesteld indien de betaling van schadebedragen plaatsheeft aan anderen dan het slachtoffer.

2. Het standpunt van verzekeraar Y betreft - samengevat en in hoofdzaak - het volgende:

Verzekeraar Y stelt dat de tussen partijen in 2004/2005 bilateraal overeengekomen PIV-overeenkomst geen ruimte biedt om de via belangenbehartiger X namens betrokkene bij verzekeraar Y in rekening gebrachte ziektekosten onder de tabel te laten vallen. Het substantiële bedrag aan ziektekosten dat wegens het ontbreken van een zorgverzekering rechtstreeks door de behandelende medische instantie(s) bij betrokkene in rekening werd gebracht, is door betrokkene op één uitzondering na nimmer zelf betaalbaar gesteld.

Verzekeraar Y meent dat er vrijwel geen sprake is van "aan benadeelde zelf betaalde schadevergoeding".

Subsidiair meent verzekeraar Y dat het "meenemen" van de aan de zorgaanbieders vergoede ziektekosten indruist tegen de geest van de overeenkomst.

Bij het tot stand komen van de overeenkomst is nimmer stilgestaan bij de onderhavige situatie waarbij een benadeelde zich niet tegen ziektekosten verzekerd zou hebben, met als risico dat het totaal van de medische kosten als onderdeel van de persoonlijke schade gevorderd zou kunnen worden. Dat er incidenteel (para)medische kosten in de persoonlijke schadebegroting worden opgenomen en uiteindelijk in de staffelvergoeding worden meegewogen, zoals meerkosten bij overschrijden van een maximum aantal therapeutische behandelingen, doet daar niet aan af.

De commissie beoordeelt de klacht als volgt.

De commissie stelt vast dat de PIV-overeenkomst BGK 2009 op dit geschil van toepassing is, aangezien vaststaat dat de zaak in 2009 is afgewikkeld.

De commissie overweegt dat de persoonlijke schade van de benadeelde het uitgangspunt vormt bij de vaststelling van de hoogte van de te vergoeden BGK op grond van de staffel. In geschil is echter of de gemaakte ziekenhuiskosten als persoonlijke schade in voormelde zin zijn aan te merken. De overeenkomst geeft daarover niet expliciet uitsluitsel. De commissie is echter met verzekeraar Y van oordeel dat de ziekenhuiskosten niet behoren mee te tellen. Daartoe is van belang dat er bij het ontwikkelen van de PIV-staffel kennelijk impliciet van uit is gegaan dat slachtoffers (verplicht) verzekerd zijn voor standaard ziektekosten, waaronder in ieder geval ziekenhuiskosten. In dat geval is van interventie van de belangenbehartiger ter zake geen sprake, daar rechtstreeks zal worden betaald door de zorgverzekeraar. Dat met grote medische kosten geen rekening is gehouden valt reeds af te leiden uit het relatief lage bedrag van € 45.000,- dat aanvankelijk is gehanteerd als maximum staffelbedrag. Dat ziekenhuiskosten niet behoren te worden meegerekend bij berekening van de vergoeding conform de staffel is overigens ook in lijn met de ratio van de overeenkomst buitengerechtelijke kosten. Die beoogt primair lastige discussies over de hoogte van buitengerechtelijke kosten te voorkomen, terwijl duidelijk is dat voor geschillen over de hoogte van ziekenhuisrekeningen, ook al zijn die veelal hoog, niet hoeft te worden gevreesd. Het enkele feit dat eigen bijdragen en kosten die niet standaard onder de zorgverzekering vallen wel deel kunnen uitmaken van de bedragen ter zake van de persoonlijke schade van het slachtoffer doet hieraan niet af. Dat betreft immers per definitie niet verplicht verzekerde zorgkosten, die om die reden voor rekening van de betrokkene blijven. Een redelijke uitleg van de overeenkomst brengt derhalve mee dat de ziekenhuiskosten niet zijn begrepen onder de persoonlijke schade en derhalve niet meegerekend dienen te worden bij de bepaling van de hoogte van de BGK.

De commissie is van oordeel dat daarbij niet bepalend is of de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis dan wel aan het slachtoffer zelf zijn voldaan. Deze kosten vallen buiten het bereik van de PIV-overeenkomst BGK.

Nu ervan uitgegaan moet worden dat de kosten die de zorgaanbieders in rekening hebben gebracht niet onder de PIV-staffel vallen, brengt een redelijke uitleg van de overeenkomst tevens mee dat de

werkzaamheden die zijn verricht in verband met de zorgkosten door de belangenbehartiger separaat in rekening mogen worden gebracht en door de verzekeraar moeten worden vergoed, voor zover deze kosten redelijk zijn (art 6:96 BW).

De commissie nodigt belangenbehartiger X uit een opgave van zijn kosten ter zake van de ziekenhuiskosten te doen aan verzekeraar Y. Verzekeraar Y dient deze kosten voor zover redelijk te vergoeden.

Indien partijen het niet eens worden over de te vergoeden kosten, kunnen zij zich opnieuw tot de commissie wenden.

De commissie ziet geen aanleiding tot het uitspreken van een kostenveroordeling ten laste van belangenbehartiger X nu er geen mondelinge behandeling heeft plaatsgevonden en door verzekeraar Y niet is onderbouwd dat er overigens kosten zijn gemaakt.

**Bindend advies:**

De commissie komt tot het oordeel dat de kosten van medische behandeling ten bedrage van € 95.934,67 niet vallen onder de persoonlijke schade als bedoeld in de PIV- overeenkomst BGK. Deze kosten dienen niet te worden meegenomen in het schadebedrag op basis waarvan het bedrag aan BGK conform de staffel moet worden berekend.

Verzekeraar Y dient de door belangenbehartiger X gemaakte buitengerechtelijke kosten, die verband houden met de kosten van de medische behandeling voor zover redelijk separaat te vergoeden.

Deze beslissing is gegeven te 's-Gravenhage op 2 november 2011.

Mw.mr S.J. Hoekstra- van Vliet, voorzitter