

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Mondzorg, rechtstreeks declareren door tandarts, verrekenen
door ziektekostenverzekeraar met verzoeker, terwijl deze geen AV
voor tandheelkundige zorg heeft
Zaaknummer : 2009.01649
Zittingsdatum : 24 maart 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 18 juni 2009 de vordering op verzoeker van het bedrag ter hoogte van € 65,50, ter zake van een door de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks aan de tandarts betaalde nota, te handhaven.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 18 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn vordering op verzoeker ter hoogte van € 65,50, te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 30 september 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht, naar de commissie begrijpt, te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar geen vordering op hem heeft ter zake van een bedrag ter hoogte van € 65,50 dat door de ziektekostenverzekeraar aan de tandarts van verzoeker is betaald. (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 20 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 januari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 februari 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 februari 2010 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij geen aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten voor tandheelkundige zorg. De betaling van de ziektekostenverzekeraar aan de tandarts heeft derhalve plaatsgevonden zonder dat daarvoor een contractuele basis bestaat. De ziektekostenverzekeraar heeft geweigerd het ten onrechte aan de tandarts betaalde bedrag bij deze terug te vorderen en de tandarts te verzoeken de nota bij verzoeker in te dienen. Door deze gang van zaken is het niet mogelijk te controleren of de nota van de tandarts correct is, en evenmin of het door de ziektekostenverzekeraar gevorderde bedrag wel door de tandarts is gedeclareerd..
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in artikel 0.7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, als hoofdregel, is bepaald dat een verzekerde zelf de kosten moet betalen en deze kan declareren bij de ziektekostenverzekeraar. In artikel 0.8 van de zorgverzekering wordt, bij wijze van uitzondering op de hoofdregel, bepaald dat de ziektekostenverzekeraar met veel zorgverleners afspraken heeft gemaakt over het rechtstreeks indienen van nota's; deze worden door de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener betaald. Als meer is vergoed dan waar de verzekerde recht op heeft, wordt het teveel betaalde bedrag bij de verzekerde teruggevorderd. In artikel 17.7 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde de ziektekostenverzekeraar toestemming geeft voor het maken van afspraken met zorgverleners en leveranciers over de betaling van rekeningen. Hierdoor kan de ziektekostenverzekeraar afspreken dat alle rekeningen rechtstreeks gedeclareerd moeten worden; de verzekerde is verplicht hieraan mee te werken. Daarnaast is bepaald dat indien een verzekerde op grond van de polisvoorwaarden geen recht heeft op vergoeding of op een kleinere vergoeding, hij verplicht is het verschil te betalen aan de ziektekostenverzekeraar. In de aanvullende verzekeringen zijn gelijklopende voorwaarden opgenomen. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat mondzorg ook vergoed kan worden uit de zorgverzekering.

5.2. De ziektekostenverzekeraar kan niet voldoen aan de vraag van verzoeker de nota toe te zenden, omdat de nota elektronisch is aangeleverd door de tandarts. Het is daarom niet mogelijk verzoeker een papieren nota te sturen. Verzoeker kan echter aan de hand van het bericht van incasso de nota controleren, aangezien hierop is vermeld welke behandeling op welke datum heeft plaatsgevonden en welk bedrag door de tandarts is gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar en welk bedrag de ziektekostenverzekeraar aan de tandarts heeft betaald.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 terecht betaling door verzoeker van het bedrag ter hoogte van € 65,50 vordert.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

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

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering. In artikel 34 is een aanspraak opgenomen voor tandheelkunde in bijzondere gevallen en in artikel 36 voor specialistische chirurgische mondzorg en uitneembare volledige prothesen.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 2.5 van de zorgverzekering als volgt:

“Inhoud en omvang van zorg

In deze voorwaarden hebben wij omschreven voor welke behandelingen u recht hebt op vergoeding.(...)”

In artikel 17.7. van de zorgverzekering is bepaald:

“De betaling van rekeningen

a. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

U geeft ons toestemming om met zorgverleners en leveranciers afspraken te maken over de betaling van rekeningen. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. Wij kunnen ook afspreken dat wij de rekeningen naar hen terugsturen zodat zij die zelf bij u innen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een zorgverlener of leverancier een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener

of leverancier te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener of leverancier betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden.

b. Teveel vergoed aan de zorgverlener

Vergoeden wij de zorgaanbieder meer dan wij volgens de zorgverzekering zouden moeten vergoeden, dan gaan wij er vanuit dat u aan ons een volmacht tot incasso hebt gegeven voor het bedrag dat wij teveel aan de zorgaanbieder hebben betaald. Als u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen recht hebt op vergoeding of op een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener of leverancier betaald hebben, bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een maximum vergoeding geldt. U betaalt dit verschil op de wijze waarop u de premie betaalt (bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro). (...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de onder punt 8 genoemde verzekeringsvoorwaarden, overweegt de commissie ten aanzien van het hiervoor in 7.1 omschreven geschil als volgt.
- 9.2. In de zorgverzekering is geen aanspraak opgenomen voor vergoeding van de onderhavige kosten. De bepalingen van de zorgverzekering zijn derhalve niet van toepassing op de onderhavige situatie. Verzoeker heeft geen aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten voor tandheelkundige zorg; de standaardpolisvoorwaarden van die verzekering zijn derhalve evenmin van toepassing. Weliswaar staat het de ziektekostenverzekeraar vrij, zoals hij heeft gedaan, bedragen die verzoeker aan een ander verschuldigd is, voor hem te betalen, doch uit het voorgaande volgt dat zulks niet leidt tot een vorderingsrecht van de ziektekostenverzekeraar op verzoeker. Het gelijk is derhalve aan verzoeker.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 24 maart 2010,

Voorzitter