



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Aanvullende verzekering, reguliere tandheelkunde, vordering vergoede
declaraties
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017
Zaaknummer : 201800730
Zittingsdatum : 23 oktober 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 19 juni 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 28 augustus 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 oktober 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tand Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 september 2017 aan verzoeker meegedeeld een bedrag van € 325,32 van hem te vorderen in verband met rechtstreeks aan de tandarts betaalde bedragen voor tandheelkundige zorg die niet onder de dekking vallen.
- 3.3. De tandarts heeft op 26 februari 2019 verklaard:
*"Erg onbeschofte man, komt heel dreigend en agressief naar assistentes over. Gezegd aan ta. (...) dat hij patiënt duidelijk moet maken dat dit niet acceptabel is. kn
Gesproken met [verzoeker] (zelf) omdat hij perse met mij wilde praten. Hij is zo agressief dat ik absoluut niet meer alleen met hem wil zijn om wat dan ook te bespreken. Doorverwezen naar ta. (...). Tandarts (...) snapt dit. kn (...)
Afspraak gemaakt bij ta (...) omtrent implantaten, dit meegegeven aan patiënt. Patiënt heeft afspr last minute geannuleerd, is met spoed naar Turkije. Neemt nog contact op voor nwe afspr. Behandeling is al gedeclareerd. Iov de patiënt is de declaratie niet stopgezet. Maakt nwe afspr bij (...) voor implant. (...)
Verzekering heeft gebeld over een klacht die [verzoeker] heeft ingediend. Ze willen graag weten of alle declaraties kloppen, omdat de patiënt het hier niet mee eens is. Aangegeven dat alle decl kloppen. En wij enkel behandelen/declareren met goedkeuring van patiënt. Meneer is voor beugelbehandeling geweest en heeft dit op eigen initiatief gestopt. Vervolgens heeft hij besloten om toch voor een impl behandeling te kiezen. Uiteindelijk heeft hij de afspraken bij collega praktijk (...), waar geïmplant wordt geannuleerd vanwege spoedbezoeken aan Turkije. Medewerker Univé vraagt aan tel of wij het goed vinden als dhr zelf met ons contact op neemt. Aangegeven dat dit voor ons prima is en misschien zelfs beter ivm communicatie in Turks. (...) Univé belt dat er een klacht*



bij de klachtencommissie is ingediend door meneer. Univé heeft een brief met verzoek tot opvragen gehele dossier incl. foto's en akkoord verklaring van patiënt gestuurd op 30-11-2018. Dgg dat wij niets hebben ontv. Ze gaat de brf opn sturen, kn".



3.4. In de procedure bij de commissie is het volgende komen vast te staan:

- 
- Door de tandarts zijn bij de ziektekostenverzekeraar declaraties ingediend voor onder andere het aanbrengen van vullingen en een implantaatbehandeling;
 - de ziektekostenverzekeraar heeft een deel van de kosten vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en heeft het restant van verzoeker gevorderd;
 - na een klacht van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de tandarts;
 - de tandarts heeft daarna de declaratie voor de implantaatbehandeling ingetrokken.



4. Geschil



4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat hij niet gehouden is het bedrag van € 325,32 aan de ziektekostenverzekeraar te betalen.



4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.



5. Bevoegdheid van de commissie



5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.



6. Beoordeling



6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn opgenomen in de bijlage bij dit advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.



6.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige behandelingen op basis van 80% van de kosten, met een maximum van € 250,-- per kalenderjaar. Deze vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar in mindering gebracht op de kosten die de tandarts rechtstreeks bij hem heeft gedeclareerd. Hierover bestaat tussen partijen geen discussie. Het restant heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker gevorderd. Hij stelt thans dat de door de tandarts ingediende declaraties niet correct zijn.



6.3. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over het handelen van de tandarts. Indien verzoeker van mening is dat de tandarts onjuiste bedragen heeft berekend, met name omdat bepaalde zorg niet is verleend, kan hij hierover een klacht indienen bij de tandarts. Verzoeker heeft dit in 2015 eerder gedaan, waarna zijn tandarts een declaratie die zag op het aanbrengen van implantaten heeft laten vervallen. Voor zover verzoeker van mening is dat ook in 2017 zorg is gedeclareerd die niet aan hem is geleverd, ligt het op zijn weg hierover zijn tandarts aan te spreken.



6.4. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de in het geding zijnde kosten aan de tandarts heeft voorgeschoten en deze van verzoeker vordert, ligt het echter wel op zijn weg na te gaan of de grondslag van zijn vordering juist is. Dit onderzoek is naar zijn aard beperkt, aangezien de ziektekostenverzekeraar niet bij de behandeling en de gesprekken aanwezig was. De ziektekostenverzekeraar heeft navraag gedaan bij de tandarts en van deze de patiëntenkaart en foto's van het gebit van verzoeker ontvangen. Hierop treft de ziektekostenverzekeraar geen onregelmatigheden aan die tot de conclusie leiden dat de door hem ontvangen declaraties niet juist zijn. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar zich hiermee voldoende heeft

ingespannen om na te gaan of de door de tandarts ingediende rekeningen correct zijn. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar ook een eigen belang heeft, aangezien een aanzienlijk deel van de kosten feitelijk door hem wordt gedragen. Om die reden kan worden aangenomen dat de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat hij tot vergoeding van de door de tandarts ingediende declaraties was gehouden. Hij mag, gelet op artikel 6:212 BW, het bedrag van € 325,32 dan ook van verzoeker vorderen. Verzoeker is gehouden dit bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 oktober 2019,

mr. L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 212

1. Hij die ongerechtvaardigd is verrijkt ten koste van een ander, is verplicht, voor zover dit redelijk is, diens schade te vergoeden tot het bedrag van zijn verrijking.
2. Voor zover de verrijking is verminderd als gevolg van een omstandigheid die niet aan de verrijkte kan worden toegerekend, blijft zij buiten beschouwing.
3. Is de verrijking verminderd in de periode waarin de verrijkte redelijkerwijze met een verplichting tot vergoeding van de schade geen rekening behoeft te houden, dan wordt hem dit niet toegerekend. Bij de vaststelling van deze vermindering wordt mede rekening gehouden met uitgaven die zonder de verrijking zouden zijn uitgebleven.

III. Tand Goed, Tand Beter, Tand Best

Artikel 57. Tandheelkundige zorg

Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half)-jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De tandprotheticus mag tandprothetische zorg op implantaten alleen onder de medische verantwoordelijkheid van een tandarts of tandarts-implantoloog leveren. Uw tandarts of tandarts-implantoloog brengt in dat geval de kosten in rekening.

De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Wilt u een implantaat laten plaatsen? Laat de behandeling uitvoeren door een door ons gecontracteerde tandarts-implantoloog of kaakchirurg. Dan bent u verzekerd van goede zorg. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen

Tand Goed	80% tot maximaal € 250 per kalenderjaar (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%). De kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar
Tand Beter	80% tot maximaal € 500 per kalenderjaar (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%). De kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar
Tand Best	80% tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%). De kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar

Bijzonderheden

1. Niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - orthodontische zorg;
 - uitwendig bleken (E97 en E98);
 - algehele narcose en voorbereiding behandeling onder volledige narcose (A20 en C84).
2. De kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Wij vergoeden maximaal de in Nederland geldende tarieven. Deze kosten vallen onder het maximale bedrag per kalenderjaar.