



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Mondzorg, aanvullende ziektekostenverzekering, onduidelijke vergoedingsoverzichten
Zaaknummer : 201303229
Zittingsdatum : 1 oktober 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 7:454 BW en art. 38 WMG)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden onbesproken.

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Afkoop Eigen Risico en het [naam label ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Rotterdampakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij uitkeringspecificatie van 13 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster doen weten dat een bedrag van € 529,14 van haar wordt gevorderd, ter zake van kosten van tandheelkundige zorg die voor eigen rekening blijven.


3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij meerdere e-mailberichten heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 10 maart 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar een hogere vergoeding toe te kennen dan het reeds uitgekeerde bedrag van € 450,- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.


3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 juni 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juni 2014 aan verzoekster gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 juni 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 september 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.


 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2014 telefonisch gehoord.


4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster heeft vanwege haar lage inkomen via de gemeente een ziektekostenverzekering afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. Uit het oogpunt van service mag van een ziektekostenverzekeraar worden verwacht dat hij verzekerden beschermt tegen hoge kosten. Verzoekster vindt dat het in dat kader op de weg van de ziektekostenverzekeraar had gelegen haar te informeren zodra de maximale vergoeding voor tandheelkundige zorg was bereikt. Nu dit niet tijdig is gebeurd, blijft een bedrag van ruim € 500,- voor haar rekening.


 4.2. Nadat verzoekster de betreffende nota had ontvangen, heeft zij contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd naar een overzicht van alle in 2013 gedeclareerde tandheelkundige zorg. In reactie op dit verzoek kreeg verzoekster het advies te kijken op de persoonlijke pagina van de website van de ziektekostenverzekeraar. Deze werkt echter niet op haar Apple-computer. Zodoende is het verzoekster tot op heden niet gelukt een duidelijk overzicht te krijgen. Het enige dat zij te zien krijgt, is een overzicht zonder codes of omschrijvingen, waarbij tevens nota's van haar ex-man zijn vermeld.


 4.3. Voorts verwijst de ziektekostenverzekeraar naar haar behandelend tandarts voor een overzicht van de gedeclareerde kosten, maar deze verwijst hiervoor door naar het factoringbureau. Het factoringbureau beschikt echter niet meer over nota's uit 2013 en verwijst verzoekster daarom terug naar de ziektekostenverzekeraar. Kortom, iedereen verwijst naar elkaar en verzoekster blijft met de kosten zitten.


 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij door haar minimale inkomen moeite heeft met het aflossen. Een ruimere betalingsregeling zou voor haar een stuk prettiger zijn.

 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat reguliere tandheelkundige zorg niet als verzekerde aanspraak in de basisverzekering is opgenomen. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering kan verzoekster aanspraak maken op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder, voor zover het gaat om de in de voorwaarden opgenomen verrichtingen, tot een maximum van € 450,- per kalenderjaar. Dit bedrag is aan haar tandarts uitgekeerd.

 5.2. Aan de vraag van verzoekster haar in het bezit te stellen van de door de tandarts gedeclareerde nota's, kan de ziektekostenverzekeraar geen gevolg geven. Doordat de betreffende zorgnota's digitaal worden gedeclareerd en verwerkt, beschikt de ziektekostenverzekeraar niet over papieren documenten. Indien sprake is van een verzekerde aanspraak worden de nota's direct aan de betrokken zorgverleners vergoed. Bestaat er een gemaximeerde vergoeding, zoals in de onderhavige kwestie, dan wordt hetgeen door de ziektekostenverzekeraar boven deze maximale vergoeding is voldaan, achteraf bij de verzekerde in rekening gebracht.

 5.3. De stelling van verzoekster dat zij geen kennis heeft kunnen nemen van de gedeclareerde zorg is onjuist. Via de persoonlijke pagina op de website van de ziektekostenverzekeraar bestaat voor verzekerden de mogelijkheid ingediende declaraties te volgen, alsmede de stand van de

gemaximeerde vergoedingen te raadplegen. Daarbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat deze functie thans niet meer voor verzoekster beschikbaar is, aangezien de verzekeringen bij de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 januari 2014 zijn beëindigd. Daarnaast kan verzoekster bij haar tandarts informeren naar de toentertijd door deze bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde kosten.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de betalingsregeling thans € 41,71 per maand bedraagt. Inmiddels zijn acht termijnen betaald, zodat nog vier termijnen openstaan. Het gaat dan om een bedrag van ongeveer € 166,--. De ziektekostenverzekeraar is bereid uit te zoeken of een ruimere betalingsregeling mogelijk is.

5.5. Bij brief van 1 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat hij bereid is verzoekster voor het resterende openstaande bedrag van € 166,96 een nieuwe betalingsregeling te treffen van acht termijnen van € 20,87.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de 'Algemene Bepalingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoekster een hogere vergoeding voor de kosten van de tandheelkundige zorg toe te kennen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is een bepaling opgenomen betreffende de aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder en deze bepaling luidt als volgt:

"Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar

Omschrijving

1. Preventieve tandheelkunde (preventieve mondzorg, consultatie en diagnostiek).

2. Curatieve tandheelkunde (vullingen, wortelkanaalbehandelingen, chirurgie, kaakgewrichtsbehandelingen, tandvleesbehandelingen).

3. Prothetische- en restauratieve zorg (onder andere kronen en bruggen, kunstgebitten en implantologie).

Vergoeding [naam label ziektekostenverzekeraar]

De tandheelkundige zorg, zoals genoemd onder 1. tot en met 3., wordt vergoed tot maximaal € 450 per kalenderjaar.

(...)"

8.3. Artikel 7:454 BW legt op iedere hulpverlener de verplichting om een dossier in te richten en te bewaren. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens

aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is. (...)"

- 8.4. Artikel 38 Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) regelt dat zorgaanbieders hun patiënten tijdig en zorgvuldig dienen te informeren over het in rekening te brengen tarief. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Artikel 38

1. Zorgaanbieders informeren hun patiënten tijdig en zorgvuldig omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief.

2. Zorgaanbieders brengen een tarief in rekening onder vermelding van de daarbijbehorende prestatiebeschrijving.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. In een situatie als de onderhavige is sprake van verschillende rechtsverhoudingen. Allereerst bestaat een verzekeringsovereenkomst tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar. Op grond hiervan kan verzoekster aanspraak maken op vergoeding van kosten van tandheelkundige zorg, voor zover vallend onder de dekking, tot een maximum van € 450,- per kalenderjaar. Over de hoogte van dit bedrag bestaat tussen partijen geen geschil van mening. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar noch op basis van de geldende wet- en regelgeving noch uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst of anderszins verplicht is verzoekster te informeren wanneer dit bedrag (bijna) is volgemaakt. Dit kan ook niet anders aangezien de ziektekostenverzekeraar geen zicht heeft op de kosten, verbonden aan geplande of reeds uitgevoerde behandelingen, welke zorg niet bij hem is gedeclareerd.

- 9.2. De tweede rechtsverhouding is de behandelingsovereenkomst tussen verzoekster en haar tandarts. Uit deze overeenkomst vloeien over en weer verplichtingen voort. Zo is de zorgverlener op grond van artikel 7:545 BW verplicht ten aanzien van de behandeling een dossier bij te houden waarin hij aantekeningen maakt van de bij de patiënt uitgevoerde verrichtingen. Daarnaast dienen zorgverleners op grond van artikel 38 eerste en tweede lid Wmg hun patiënten tijdig en zorgvuldig te informeren over de prestaties die geleverd worden en het tarief dat daarvoor geldt. Derhalve dient de tandarts van verzoekster over een dossier te beschikken waarin de diverse uitgevoerde verrichtingen zijn vermeld. Het ligt op de weg van de behandelend tandarts verzoekster tijdig te informeren over de te verwachten kosten voor de behandeling. Indien verzoekster van mening is dat de behandelend tandarts ten onrechte kosten heeft gedeclareerd voor bijvoorbeeld haar ex-man of haar niet (tijdig) heeft geïnformeerd over de financiële consequenties van een behandeling, ligt het op de weg van verzoekster haar tandarts hierop aan te spreken. Een en ander kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

- 9.3. De derde rechtsverhouding betreft de verhouding tussen de tandarts en het factoringbureau. Indien sprake is van overdracht van een vordering, kan verzoekster, indien zij het niet eens is met de hoogte van de vordering, alle wesen die zij tegen de behandelend tandarts kan voeren, ook voeren tegen dit factoringbureau. De commissie is echter niet bevoegd te oordelen over een mogelijk zodanig geschil.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 15 oktober 2014,



Voorzitter

