

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D., beide te E
Zaak : Tandheelkunde, implantaten, vordering vanwege ontbreken dek-
king, vermeende fraude tandarts
Zaaknummer : 2012.00454
Zittingsdatum : 29 augustus 2012

1. Partijen

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

tegen

1) C te E en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Tand Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en AV Comfort afgesloten. De verzekering AV Comfort is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 september 2011 van verzoeker een bedrag van € 939,43 gevorderd met betrekking tot door de tandarts gedeclareerde kosten die niet onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vallen.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met deze vordering, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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-mail van 30 mei 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is de kosten van de tandheelkundige zorg bij hem te vorderen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 juli 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 juli 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld af te zien van de mogelijkheid gehoord te worden.
- 3.8. Verzoeker is op 29 augustus 2012 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft bij de tandarts implantaten laten aanbrengen. Afgesproken was een prijs van € 450,--. De totale kosten bedroegen echter ruim € 2.000,--. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de rekening, en heeft de ziektekostenverzekeraar gewaarschuwd deze niet te betalen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit echter toch gedaan, en brengt de kosten nu in rekening bij verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende onderzocht of sprake is van frauduleus handelen aan de zijde van de tandarts, en is daarom niet gerechtigd de kosten van de behandeling bij verzoeker te vorderen.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de tandarts niet heeft geleverd wat was overeengekomen. Bovendien is sprake van half werk. Afgesproken was dat een brug zou worden geplaatst. De kosten zouden € 900,-- bedragen. De tandarts koos echter voor een duurdere stiftand. De gemaakte afspraak is niet nagekomen en het werk is niet afgemaakt.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Naar aanleiding van de klacht van verzoeker is contact opgenomen met de praktijk van de tandarts. De assistente deelde mede dat alle verrichtingen die zijn gedeclareerd, ook zijn uitgevoerd. De tandarts heeft medegedeeld dat hij tijdens het consult heeft verteld wat de kosten zijn. Omdat verzoeker meerdere malen werd gebeld, is hij wellicht afgeleid geweest. De ziektekostenverzekeraar kent de inhoud van het gesprek met de tandarts verder niet en kan hierover geen oordeel geven.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft met de door hem gecontracteerde zorgverleners afspraken gemaakt, zodat rechtstreeks kan worden gedeclareerd. Aangezien de onderhavige kosten niet zijn gedekt onder de aanvullende verzekering, dienen deze door verzoeker te worden voldaan. Dit is geregeld in artikel 8 van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de ‘algemene voorwaarden’ van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
- 6.2. Hoewel dit zou moeten, is door de ziektekostenverzekeraar in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering niet verwezen naar de bevoegde rechter. De commissie heeft verzoeker hierop bij brief van 31 mei 2012 gewezen. Verzoeker heeft zich met de betaling van het entreegeld op 1 juni 2012 akkoord verklaard met de bindend advies-procedure.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de aan de tandarts betaalde kosten van tandheelkundige zorg bij verzoeker mag vorderen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. Artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

“tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, instelling voor mondzorg, tandprotheticus of een mondhygiënist. (...)”

<i>Tand Compleet</i>	<i>100% vergoeding voor consulten (C-codes) en preventie en mondhygiëne (M-codes); 75% vergoeding voor de overige behandelingen. Gezamenlijk tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten). (...)”</i>
----------------------	--

- 8.3. Artikel 8 van de ‘algemene voorwaarden’ van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

- “1 De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om met zorgverleners afspraken te maken inzake rechtstreeks declareren door de zorgverlener. De zorgverlener zal in dat geval de declaratie voor de verleende zorg bij de zorgverzekeraar indienen, tenzij de zorgverzekeraar hiertoe, om hem moverende redenen, geen toestemming verleent.*
- 2 Indien bepaalde posten niet onder de dekking van de polis vallen danwel indien bepaalde posten vanwege een schorsing van de dekking niet betaald hoefden te worden maar toch door zorgverzekeraar aan de zorgverlener betaald zijn, worden bij de verzekeringnemer deze posten in rekening gebracht. Het bedrag dient door de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar danwel een door de zorgverzekeraar daartoe aangewezen inningsbureau betaald te worden, op dezelfde wijze als waarop de premie aan de zorgverzekeraar betaald wordt, tenzij anders vermeld.”*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor de door verzoeker gemaakte kosten van tandheelkundige zorg tot een maximum van € 500,-- per kalenderjaar. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener mocht betalen, en of hij deze kosten op verzoeker mag verhalen.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van een vraag van de commissie, medegedeeld dat in de onderhavige situatie geen sprake is van cessie. Indien wel een cessie zou hebben plaatsgevonden, had verzoeker ingevolge artikel 6:145 BW het verweermiddel van de opschorting van zijn betalingsverplichting kunnen inroepen tegen de cessionaris, te weten de ziektekostenverzekeraar. Met het bepaalde in artikel 8 van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering is verzoeker deze mogelijkheid echter ontnomen. Hij heeft zodoende enkel de keuze de vordering geheel te voldoen, en zich met zijn klachten te richten tot de tandarts. Gezien de stelling van verzoeker dat de tandarts is tekortgeschoten in de nakoming van de (behandelings)overeenkomst en het feit dat hem het verweermiddel van de opschorting van zijn betalingsverplichting op deze wijze door de ziektekostenverzekeraar is ontnomen, is genoemd artikel naar het oordeel van de commissie, gelet op artikel 6:233 sub a BW, onredelijk bezwarend en daarmee vernietigbaar. Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is het door hem aan de tandarts betaalde bedrag bij verzoeker te vorderen.
- Na correctie door de ziektekostenverzekeraar kan verzoeker een nota van de tandarts tegemoet zien. De beoordeling van de rechtmatigheid van deze nota valt buiten de bevoegdheid van de commissie.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2.
- 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, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 12 september 2012,

Voorzitter