

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Communicatie, declaratie, contact per e-mail
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, Regeling informatieverstrekking
ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022
Zaaknummer : 202201608
Zittingsdatum : 22 maart 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 29 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Hij heeft zijn standpunt bij brief van 13 december 2022 nader toegelicht. Op 22 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 6 februari 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 februari 2023 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailberichten van 9 en 11 maart 2023 heeft verzoeker hierop gereageerd. Kopieën van deze reacties zijn aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 22 maart 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover op 1 en 10 maart 2023 schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZieZo Selectief (hierna: de zorgverzekering), met een vrijwillig eigen risico van € 500,-.
- 3.2. Bij verzoeker zijn enkele gebitselementen getrokken. Hierna is een immediaatprothese vervaardigd en geplaatst, gevolgd door een definitieve gebitsprothese. Van de behandelend tandarts ontving verzoeker een nota van € 729,41, die hij heeft voldaan. Bij brief van 2 augustus 2022 stuurde de zorgverzekeraar hem het 'Declaratieoverzicht nr. 1/2022' met het verzoek € 421,57 te betalen. Bij e-mailbericht van 3 augustus 2022 volgde eenzelfde betalingsverzoek. Op 4 augustus 2022 heeft verzoeker per chat om een toelichting gevraagd, waarbij door hem werd gesteld dat hij de nota van de tandarts al had betaald.
- 3.3. Omdat verzoeker eerdergenoemd bedrag niet voldeed, stuurde de zorgverzekeraar hem op 8 september 2022 een eerste betalingsherinnering. Bij e-mailbericht van diezelfde datum reageerde verzoeker hierop, met de vraag om uitleg respectievelijk heroverweging. Bij brief van 21 september 2022 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat het aan de tandarts betaalde bedrag zag op niet onder de dekking van de zorgverzekering vallende kosten en de wettelijk verschuldigde eigen

bijdrage, en dat de nota van € 421,57 ging over het verplicht en vrijwillig eigen risico voor de tandheelkundige zorg.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat:
 - (i) de zorgverzekeraar beter bereikbaar moet zijn per e-mail;
 - (ii) de zorgverzekeraar inzage moet geven in de financiële afwikkeling.
- 4.2. Ten aanzien van punt (i) stelt verzoeker dat de door de zorgverzekeraar geboden communicatiemiddelen (telefoon, chat en Whatsapp) niet toereikend zijn. E-mail biedt hem de mogelijkheid documenten mee te sturen en beter na te denken over zijn vraagstelling. Volgens verzoeker is de huidige kwaliteit van beantwoording van vragen zorgelijk. Daarnaast kost het veel tijd en wekt het ergernis op. Het interne proces vertoont hiaten en lijkt voor de zorgverzekeraar belangrijker dan de klant. Verzoeker is bereid expliciet toestemming te geven voor communicatie per e-mail. Met betrekking tot punt (ii) geldt volgens verzoeker dat de zorgverzekeraar het te ingewikkeld heeft gemaakt. De manier van declaratieverwerking wekt wantrouwen op. Pas na maanden is aan verzoeker een begrijpelijk verhaal verteld. Het totaalbedrag van de tandartskosten is overigens nergens vermeld.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat hij pas op 5 september 2022 een overzicht heeft ontvangen waar het bedrag van € 1.150,98 op stond vermeld. In geen enkel ander schrijven wordt dit bedrag genoemd. Zelfs als wordt gekeken in de MijnOmgeving wordt dit bedrag nergens genoemd. Daarnaast is door verzoeker benadrukt dat hij de communicatie met de zorgverzekeraar als zeer storend heeft ervaren. Telkens was de houding "maar wij hebben het goed gedaan."
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. **Standpunt zorgverzekeraar**

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard geen aanleiding te zien tot communicatie per e-mail. Als er vragen moeten worden beantwoord, kost het mailverkeer vaak meer tijd. Daarnaast is communicatie per e-mail niet veilig, met name als hierbij persoonsgegevens worden vermeld. Het achterwege laten van die gegevens maakt communiceren echter erg lastig. Waar het de afwikkeling van de nota's betreft, heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat de kosten waarvoor geen dekking bestaat en de eigen bijdrage door de factoringmaatschappij van de behandelend tandarts bij verzoeker in rekening zijn gebracht. Dit betreft een totaalbedrag van € 729,41. De kosten waarvoor wel dekking bestaat onder de zorgverzekering heeft de tandarts rechtstreeks gedeclareerd, en deze zijn verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico van verzoeker. De nota van € 421,57 ziet hierop. Kennelijk bestaat bij verzoeker onduidelijkheid waarom hij laatstgenoemde nota nog aan de zorgverzekeraar moet betalen. Hieromtrent is verzoeker door zowel de zorgverzekeraar als de factoringmaatschappij volledig geïnformeerd. Zo staan alle kosten vermeld op de factuur van 10 juli 2022.
- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat aan verzoeker een overzicht is gestuurd. Uit dit overzicht, gedateerd 10 juli 2022, valt op te maken dat de totale kosten € 1.150,98 bedragen. Hiervan moest verzoeker € 729,41 aan het factoringbureau voldoen en het restant (€ 421,75) zou door de zorgverzekeraar worden vergoed. Dit laatste is ook gebeurd, alleen doordat verzoeker nog eigen risico had openstaan is het volledige bedrag verrekend met het eigen risico. Deze verrekening had verzoeker kunnen terugvinden in zijn MijnOmgeving.

5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

7.1. De relevante bepalingen uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

7.2. De commissie stelt vast dat in de brief van de zorgverzekeraar van 21 september 2022 wordt uiteengezet hoe de tandartskosten zijn afgewikkeld. Verzoeker heeft hiertegen inhoudelijk geen verweer gevoerd, zodat de commissie als vaststaand aanneemt dat de vergoeding van deze kosten geen onderwerp van geschil vormt.

7.3. Partijen zijn verdeeld over enerzijds de inzichtelijkheid van de declaratieafwikkeling en anderzijds het gebruik van e-mail als communicatiemiddel, bijvoorbeeld in geval van vragen naar aanleiding van het voorgaande punt. De commissie meent dat beide onderwerpen moeten worden beoordeeld tegen de achtergrond van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 van de NZa (hierna: de Regeling).

7.4. Ten aanzien van de inzichtelijkheid van de declaratieafwikkeling stelt de commissie voorop dat zij verzoeker kan volgen in zijn opmerking dat hij geen duidelijke inzage heeft gehad in de totale, voor zijn rekening blijvende kosten van de tandheilkundige behandeling (€ 1.150,98). Van zijn tandarts ontving hij immers een nota van € 729,41 en van de zorgverzekeraar een nota voor het eigen risico van € 421,57. Dat verzoeker door die laatste nota werd verrast is begrijpelijk. De commissie merkt op dat aan de basis hiervan ligt het onderscheid tussen restitutie- en naturapolis. Bij een restitutiepolic is het uitgangspunt dat de verzekerde de gehele nota voorschiet om deze daarna bij zijn verzekeraar te declareren. Niet gedekte kosten, eigen bijdragen en het eigen risico worden dan door de verzekeraar op de vergoeding in mindering gebracht. Bij een naturapolis dient de verzekerde zich in beginsel te wenden tot een daartoe door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Deze declareert vervolgens rechtstreeks bij de verzekeraar. Het is begrijpelijk dat in deze situatie alleen die kosten kunnen worden gedeclareerd die onder de dekking van de verzekering vallen. In dit geval kon de tandarts de kosten van de extracties niet rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar en zijn deze kosten alsmede de wettelijke eigen bijdrage voor de (immediaat)prothese bij verzoeker in rekening gebracht. Omdat de tandarts geen bemoeienis heeft met het eigen risico, en hij daarnaast niet bekend was met het verloop hiervan, heeft verrekening van het eigen risico achteraf door de zorgverzekeraar plaatsgevonden. Tegen deze achtergrond is niet onbegrijpelijk dat verzoeker van twee partijen nota's ontving, te weten van (i) de tandarts voor de niet-declarabele kosten, en (ii) de zorgverzekeraar voor de rechtstreeks gedeclareerde kosten die zijn verrekend met het eigen risico.

- 7.5. Een ander punt is of de zorgverzekeraar voldoende duidelijk heeft gemaakt hoe de - rechtstreekse - declaratie van de tandarts wordt afgewikkeld. Artikel 14.3 van de Regeling gaat hierover. De commissie constateert dat uit het 'Overzicht zorgkosten 2022' duidelijk blijkt dat sprake is van een eigen bijdrage van € 140,54 en een bedrag aan eigen risico van € 421,57. Het 'Declaratieoverzicht specificatie nr. 01/2022' vermeldt welke bedragen door de tandarts zijn gedeclareerd en hoe deze met het eigen risico zijn verrekend. Op basis hiervan moet worden geconcludeerd dat de zorgverzekeraar voldoende inzichtelijk heeft gemaakt op welke wijze de kosten van de tandheelkundige zorg zijn afgewikkeld.
- 7.6. De commissie begrijpt heel goed dat bij een verzekerde - al dan niet in vervolg op de declaratieafwikkeling - vragen kunnen rijzen. Hierop hebben de artikelen 9 en 15 van de Regeling betrekking. In het geval van artikel 9 gaat het om de verzekerde die vooraf duidelijk wil krijgen welke kosten worden vergoed. Bij verzoeker is dit niet aan de orde; hij reageerde immers pas na ontvangst van de nota van de zorgverzekeraar. Artikel 15 bepaalt dat *"de ziektekostenverzekeraar vragen van consumenten op zodanige wijze [beantwoordt] dat dit aansluit bij het moment waarop het nodig is en de manier waarop de consument de informatie nodig heeft."* In dit kader stelt de commissie vast dat in het chatbericht van 4 augustus 2022 door 'Saskia' helder is uiteengezet dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de niet door de zorgverzekering gedekte kosten (zoals die van de extracties) respectievelijk de wettelijke eigen bijdrage voor de (immediaat)prothese en het eigen risico. Dat de kwaliteit van de beantwoording van de vragen "zorgelijk is", zoals verzoeker heeft aangevoerd, onderschrijft de commissie dan ook niet. Dit leidt ertoe dat onderdeel (ii) van het verzoek wordt afgewezen.
- 7.7. Onderdeel (i) van het verzoek betreft het communicatiemiddel. Verzoeker wenst per e-mail te communiceren, de zorgverzekeraar niet. In artikel 15.2 van de Regeling is bepaald: *"De zorgverzekeraar kan in zijn polisvoorwaarden eisen stellen aan de vorm waarin vragen worden gesteld en beantwoord."* Blijkens de toelichting is in bepaalde gevallen namelijk uitsluitend digitale communicatie met de verzekeraar mogelijk. Hierbij is aangetekend dat: *"Indien de verzekerde vraagt om een schriftelijke bevestiging een verzekeraar daar wel naar [moet] luisteren."* Uit de polisvoorwaarden blijkt niet van een keuze, door de zorgverzekeraar, voor een bepaald communicatiemiddel, met uitsluiting van e-mail. Op de website is ter zake alleen vermeld dat een verzekerde alles online kan regelen. Op basis van het voorgaande concludeert de commissie dat een verzekerde de zorgverzekeraar ook per e-mail kan benaderen met een vraag. Hieruit volgt echter niet dat deze dan verplicht is in alle voorkomende situaties gebruik te maken van dit communicatiemiddel of per e-mail te antwoorden op een op die wijze voorgelegde vraag. Wel is de zorgverzekeraar gehouden de beantwoording van eventuele vragen van een verzekerde - desgevraagd - schriftelijk te bevestigen. Dit laatste vormt overigens in dit geval geen onderwerp van geschil. Zo heeft de zorgverzekeraar zijn uitleg bij brief van 21 september 2022 bevestigd. Dit betekent dat onderdeel (i) van het verzoek, voor zover het de communicatie ten algemene en de beantwoording - door de zorgverzekeraar - van vragen door middel van e-mail betreft, wordt afgewezen.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 april 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

- 8.2 De zorgverzekeraar die een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten, biedt zelf ook informatie over collectiviteiten.
- 8.3 De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat de informatie, als bedoeld in het eerste lid, ook aan consumenten wordt gegeven als niet de collectiviteiten zelf, maar eventuele derden op basis van afspraken daarover met de zorgverzekeraar een modelovereenkomst aanbieden met een collectiviteitsovereenkomst.

Kosten van zorg

Artikel 9 Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

- 9.1 Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien.
- 9.2. Wanneer een consument niet beschikt over alle gegevens op basis waarvan de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde informatie kan geven, dan moet de zorgverzekeraar aangeven welke gegevens ontbreken. De zorgverzekeraar vermeldt hierbij, indien van toepassing, waar of bij wie de consument de ontbrekende gegevens kan verkrijgen zodat de informatie bedoeld in het eerste lid alsnog kan worden gegeven.

Artikel 10 Informatie over (niet) gecontracteerde zorg

10. 1 Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde dan:
 - a. meldt de zorgverzekeraar dit via zijn relevante openbare communicatiekanalen en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, en
 - b. neemt de zorgverzekeraar in zijn relevante openbare communicatiekanalen een actueel overzicht op met welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze. De zorgverzekeraar geeft in de polisvoorwaarden aan waar dit overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders te vinden is.
- 10.2 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds hanteert bij de contractering en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde dan:
 - a. meldt de zorgverzekeraar hoe hij daarmee omgaat in de polisvoorwaarden en via zijn relevante openbare communicatiekanalen, waarbij hij ook de mogelijke consequenties voor de verzekerde vermeldt, en

- b. vermeldt de zorgverzekeraar in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht voor de betreffende zorgaanbieder wat de mogelijke consequenties hiervan zijn voor de verzekerde.
- 10.3 De zorgverzekeraar geeft in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht tijdens de overstapperiode aan wat de stand van zaken is met betrekking tot de contractering en wat de gevolgen daarvan zijn.

Artikel 11 Geneesmiddelenbeleid

De zorgverzekeraar verstrekt informatie over het geneesmiddelenbeleid, zoals het preferentiebeleid en de (financiële) gevolgen ervan voor de verzekerde/consument. De zorgverzekeraar stelt een overzicht van de preferente geneesmiddelen ter beschikking.

Artikel 12 Vergoeding grensoverschrijdende zorg

De zorgverzekeraar verstrekt informatie over het recht op (vergoeding van) zorg in het buitenland via zijn relevante openbare communicatiekanalen. Deze informatie omvat ook de voorwaarden die gelden voor de vergoeding van zorg in het buitenland, zoals in welke gevallen voorafgaande toestemming is vereist, op welke wijze buitenlandse nota's kunnen worden ingediend als het gaat om restitutie van de kosten, en welke vergoedingen hiervoor gelden. Daarbij geeft de zorgverzekeraar ook informatie over de European Health Insurance Card (EHIC) of een vervangend document (Provisional Replacement Certificate) welke gebruikt moet worden.

Artikel 13 Afwijzingsgronden

Wanneer de zorgverzekeraar een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijst, stuurt de zorgverzekeraar aan de verzekerde een afwijzingsbericht. De afwijzing is in het afwijzingsbericht zodanig duidelijk onderbouwd, dat de verzekerde op grond van de informatie in de afwijzingsbrief zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is.

Artikel 14 Systeem van eigen risico

- 14.1 De zorgverzekeraar stelt in zijn relevante openbare informatiekkanalen alle voor de verzekerde relevante informatie over het verplicht en vrijwillig eigen risico beschikbaar. Dit betreft in ieder geval:
 - a. de hoogte van het eigen risico;
 - b. de vormen van zorg waarvoor het eigen risico niet geldt;
 - c. het systeem van verrekenen en betalen van het eigen risico;
 - d. het verzekeringsjaar waarop het eigen risico betrekking heeft;
- 14.2 Indien van toepassing vermeldt de zorgverzekeraar ook:
 - a. dat de zorgverzekeraar gebruikt maakt van de mogelijkheid tot gedifferentieerd eigen risico, zoals bedoeld in artikel 2.17, tweede lid, Besluit zorgverzekering;
 - b. de mogelijke hoogte van het vrijwillig eigen risico;

- c. de vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt.
- 14.3 De zorgverzekeraar informeert de verzekerde adequaat over welke kosten wel of niet zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en legt dit vast in een voor de verzekerde beschikbaar overzicht.

Overige artikelen

Artikel 15 Beantwoording vragen

- 15.1 De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten op zodanige wijze dat dit aansluit bij het moment waarop het nodig is en de manier waarop de consument de informatie nodig heeft.
- 15.2 De zorgverzekeraar kan in zijn polisvoorwaarden eisen stellen aan de vorm waarin vragen worden gesteld en beantwoord.

Artikel 16 Premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare informatiekanaal over de premie, de premiegrondslag en de aspecten die de premie zichtbaar beïnvloeden.

Artikel 17 Opzegmogelijkheden van de verzekering

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare communicatiekanalen over hoe en wanneer de verzekering kan worden opgezegd.

Artikel 18 Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare communicatiekanalen over de toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 19 Wijzigingen in de polisvoorwaarden

- 19.1 De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerden tijdig over de voor hen nadelige wijzigingen in de polisvoorwaarden.
- 19.2 De ziektekostenverzekeraar publiceert de wijzigingen, zoals bedoeld in het eerste lid, tijdig via zijn relevante openbare communicatiekanalen.

Artikel 20 Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit en de bijbehorende procedure.

Artikel 21 Transparantie over zorgplicht