



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. te Leeuwarden
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, tandheelkunde, hoogte vergoeding, schadevergoeding
Zaaknummer : 201400396
Zittingsdatum : 11 februari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, artt. 6:233 en 234 BW)

1. Partijen

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

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. te Leeuwarden, 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 Kiemer Basisverzekering (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 verder onbesproken. Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Tand Lars afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering AV Lieke is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 28 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten gedeeltelijk worden vergoed, namelijk tot een bedrag van € 31,20.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 januari 2014 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 brief van 29 juli 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (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 verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 november 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 november 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014146661) de commissie medegedeeld in deze kwestie geen adviesbevoegdheid te hebben. Een afschrift van deze brief is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 20 januari 2015 aan partijen gezonden.
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 februari 2015 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft tandheelkundige behandelingen ondergaan en de kosten hiervan - ten bedrage van € 114,73 - gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. In de voorwaarden is bepaald dat van deze kosten 80 percent wordt vergoed tot een maximum van € 250,00 per kalenderjaar. Verzoeker ontving van de ziektekostenverzekeraar het bericht dat een bedrag van € 31,20 wordt vergoed. Volgens verzoeker komt deze vergoeding niet overeen met de voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft per saldo slechts 27 percent van de kosten betaald.
- 4.2. Verzoeker heeft hierover een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop schriftelijk gereageerd en verzoeker toegelicht dat voor tandheelkundige behandelingen recht op vergoeding bestaat tot 80 percent van de kosten met inachtneming van de gemaximeerde bedragen, genoemd op de vergoedingenlijst.
- 4.3. Verzoeker heeft in reactie hierop toegelicht welke verrichtingen door de tandarts zijn uitgevoerd. Dit betreft de prestatiecodes A111, A531, C124 en C214. Verzoeker stelt dat hij op basis van de vergoedingenlijst recht heeft op een vergoeding van € 91,78. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker per e-mail geïnformeerd dat de prestatiecodes C124 en C214 niet voorkomen op de ingediende nota. Op de nota staan de prestatiecodes A111 en A531. Voor prestatiecode A111 heeft de tandarts € 20,82 in rekening gebracht. Voor prestatiecode A531 is door de tandarts € 93,91 berekend. De maximale vergoeding voor de prestatiecodes A111 en A531, volgens de vergoedingenlijst, is respectievelijk € 19,00 en € 20,00. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan 80 percent vergoed.
- 4.4. Op 28 maart 2013 heeft de tandarts een brief aan de ziektekostenverzekeraar geschreven. In deze brief stelt de tandarts dat de nota met kenmerk 960129/4108 niet correct was. Daarvoor in de plaats heeft hij een correctienota aangeleverd met kenmerk 961613/4108.
- 4.5. Verzoeker heeft de correctienota met kenmerk 961613/4108 ter declaratie ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan op verschillende gronden afgewezen. De ziektekostenverzekeraar verwijst bij zijn afwijzing naar de invoering van de vrije tarieven in 2012. Verder stelt hij dat de correctienota een 'nieuwe' nota betreft. Verzoeker was ten tijde van het uitvoeren van de op nota vermelde verrichtingen - namelijk 25 maart 2012 - nog niet bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Verzoeker brengt hiertegen in dat uit de begeleidende brief

van de tandarts blijkt dat de betreffende verrichtingen wél hebben plaatsgevonden binnen de verzekerde periode.

- 4.6. Verzoeker is van mening dat hij met de ziektekostenverzekeraar is overeengekomen dat 80 percent van de kosten van de tandheelkundige verrichtingen wordt vergoed. Hij heeft onverplicht - om de ziektekostenverzekeraar ter wille te zijn - door de tandarts een gecorrigeerde nota laten opstellen. De ziektekostenverzekeraar dient deze nota te vergoeden conform de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.7. Verzoeker stelt verder dat de vergoedingenlijst geen deel uitmaakt van de overeenkomst. De ziektekostenverzekeraar was verplicht de vergoedingenlijst aan verzoeker te verstrekken. Dit heeft hij evenwel nagelaten, zodat verzoeker niet gebonden is aan deze vergoedingenlijst.
- 4.8. Voorts verklaart verzoeker dat hij vele pogingen heeft gedaan om tot een goede oplossing te komen. De ziektekostenverzekeraar blijft echter bij zijn standpunt. Verzoeker acht een schadevergoeding daarom op zijn plaats. Het betreft kosten die in redelijkheid door hem zijn gemaakt zoals porto-, telefoon- en administratiekosten, en daarnaast - bij een eventuele mondelinge behandeling - verlet- en reiskosten.
- 4.9. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat zijn tandarts een correctienota heeft ingediend. Dat het een correctie betreft en geen nieuwe nota blijkt ook uit de begeleidende brief. Voorts is door verzoeker toegelicht dat de behandeling op 30 november 2012 en niet op 24 maart 2013 zoals vermeld op de correctienota. Kennelijk heeft de tandarts een fout gemaakt met de datum.
- 4.10. 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 is van mening dat hij verzoeker correct heeft geïnformeerd. Hij heeft verzoeker een brief gezonden waarin wordt toegelicht hoe de vergoeding voor tandheelkundige zorg - in verband met de vrije tarieven - in het jaar 2012 was.
- 5.2. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat recht op vergoeding van tandheelkundige zorg op basis van 80 percent van de kosten tot maximaal de bedragen genoemd in de vergoedingenlijst. De hoogte van de verleende vergoeding ter zake van de nota met behandeldatum 30 november 2012 is correct.
- 5.3. Verzoeker stelt dat het totaalbedrag van de nota van € 114,73 bestaat uit de prestatiecodes A111, A531, C124 en C214. De prestatiecodes C124 en C214 staan echter niet op de nota. Indien verzoeker zijn stelling handhaaft dat deze behandelingen hebben plaatsgevonden, dient de tandarts een gecorrigeerde nota in te dienen.
- 5.4. Op de nota met kenmerk 96163/4108 staat de behandeldatum 25 maart 2012. Verzoeker was ten tijde van de uitgevoerde behandeling niet bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan

5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerder ingenomen standpunten herhaald.

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 2.10 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen 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. Artikel 4.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van:

*- de kosten van mondzorg zoals genoemd in de prestatiecodelijst uitgegeven door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en als vergoedingenlijst gepubliceerd op onze website www.kiemer.nl;
(...)*

Vergoeding

De vergoeding bedraagt 80% van de kosten tot maximaal de bedragen genoemd op onze vergoedingenlijst. In afwijking hiervan wordt de eigen bijdrage voor de volledige onder- en/ of bovenprothese volledig vergoed. De vergoeding bedraagt in totaal maximaal € 250,- per kalenderjaar.

*De geldende lijst van prestatiecodes met door ons gehanteerde maximumvergoedingen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst raadplegen op www.kiemer.nl. Op uw verzoek kan deze u ook wordentoegezonden.
(...)"*

8.3. Artikel 6:233 sub b BW luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 233

*Een beding in algemene voorwaarden is vernietigbaar
(...)*

b. indien de gebruiker aan de wederpartij niet een redelijke mogelijkheid heeft geboden om van de algemene voorwaarden kennis te nemen."

8.4. Artikel 6:234 lid 2 BW luidt, voor zover hier van belang:

"2. De gebruiker heeft tevens aan de wederpartij de in artikel 233 onder b bedoelde mogelijkheid geboden, indien hij de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking heeft gesteld op een zodanige wijze dat deze door haar kunnen worden opgeslagen en voor haar toegankelijk zijn ten behoeve van latere kennisneming of, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt waar van de voorwaarden langs elektronische weg kan worden kennisgenomen, alsmede dat zij op verzoek langs elektronische weg of op andere wijze zullen worden toegezonden.

*Indien de voorwaarden niet voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking zijn gesteld, zijn de bedingen tevens vernietigbaar indien de gebruiker de voorwaarden niet op verzoek van de wederpartij onverwijld op zijn kosten langs elektronische weg of op andere wijze aan haar toezendt.
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker heeft bestreden dat in zijn geval de lijst van prestatiecodes met de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde maximumvergoedingen van toepassing is. Hij stelt in dat verband dat de ziektekostenverzekeraar hem deze vergoedingenlijst niet ter hand heeft gesteld. De eerste vraag die ter beantwoording voorligt, is dan ook of de ziektekostenverzekeraar verzoeker de gemaximeerde vergoedingen uit de betreffende lijst kan tegenwerpen. Ten aanzien hiervan oordeelt de commissie als volgt.
- 9.2. Gelet op het gestelde in artikel 4.1 onder het kopje 'Vergoeding' van de aanvullende ziektekostenverzekering en artikel 6:234 lid 2 BW heeft de ziektekostenverzekeraar voldaan aan de op hem rustende verplichtingen die voortvloeien uit artikel 6:233 sub b BW. Verzoeker is daarmee aan de verzekeringsvoorwaarden en de vergoedingenlijst waarnaar hierin wordt verwezen gebonden.
- 9.3. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding ter zake van de nota met behandeldatum 30 november 2012 oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker een vergoeding heeft verleend overeenkomstig de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. De stelling van verzoeker dat bij hem de verrichtingen met codes C124 en C214 zijn uitgevoerd vindt geen steun in de overgelegde kopie van de nota en dient om die reden te worden verworpen. Verzoeker heeft op basis van de bedoelde nota geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 9.4. Volgens verzoeker heeft de tandarts een correctienota ingediend. Ten bewijze hiervan heeft hij een nota met kenmerk 961613/4108 en een bij deze nota gevoegde brief van de tandarts, gedateerd 28 maart 2013, in afschrift overgelegd. De commissie oordeelt dat op basis van deze stukken niet kan worden geconcludeerd dat inderdaad sprake is van een correctienota. Zo wijken het kenmerk en de behandeldatum af. De enkele stelling van verzoeker dat op 25 maart 2012 geen behandeling heeft plaatsgevonden is onvoldoende om te concluderen dat het hier een verschrijving betreft en dat de correctienota ziet op de behandeling van 30 november 2012.
- 9.5. Verzoeker maakt tevens aanspraak op een schadevergoeding in verband met kosten die volgens hem in redelijkheid zijn gemaakt omdat de ziektekostenverzekeraar - onnodig - ervoor heeft gezorgd dat hij extra inspanningen heeft moeten plegen. Aangezien het primaire verzoek wordt afgewezen, komt verzoeker niet in aanmerking voor een schadevergoeding.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 februari 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo