



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Wijziging voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering, collectiviteit, informatieplicht,
schadevergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016-2019, artt. 17 en 18 Zvw, voorwaarden aanvullende
ziektekostenverzekering 2016-2019, Regeling informatieverstrekking zorgverzekeraars aan
consumenten (TH/NR-10)

Zaaknummer : 201900238

Zittingsdatum : 22 mei 2019



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Het verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 25 januari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet aan zijn informatieplicht jegens hem heeft voldaan, omdat (i) de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte niet heeft geïnformeerd over de wijziging in de verzekeringsvoorwaarden per 1 januari 2019, (ii) de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte de verzekeringsvoorwaarden niet per post heeft toegezonden, (iii) de ziektekostenverzekeraar geen correct overzicht heeft verstrekt van de gedeclareerde kosten voor tandheelkundige zorg, (iv) de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte niet heeft gewezen op de mogelijkheid van deelname aan een collectiviteit. Verder heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem een schadevergoeding toe te kennen (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 april 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 april 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker heeft bij brieven van 24 april 2019, 27 april 2019 en 28 april 2019 gereageerd op het nader commentaar van de ziektekostenverzekeraar. Afschriften van deze reacties zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 8 mei 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is te kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Beide partijen hebben kenbaar gemaakt van deze mogelijkheid geen gebruik te willen maken.

3. De vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was vanaf 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende verzekeringen Aanvullend** en Aanvullend Tand**. In 2019 heeft verzoeker ook de aanvullende verzekering Extra Aanvullend KBO-PCOB afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. In 2016 en 2017 nam verzoeker deel aan de collectiviteit van het Nationaal Huurders Collectief en ontving hij 5% premiekorting per maand voor de zorgverzekering en 10% premiekorting per maand voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Met ingang van 2019 neemt verzoeker deel aan de collectiviteit van KBO-PCOB en ontvangt hij 8% premiekorting per maand voor de zorgverzekering en 10% premiekorting per maand voor de aanvullende ziektekostenverzekeraar.

3.3. De klachten van verzoeker zijn op verschillende momenten telefonisch door de ziektekostenverzekeraar afgehandeld.

4. De bevoegdheid van de commissie

4.1. Gelet op artikel 18.4 van de zorgverzekering en de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

5. Het geschil

5.1. In geschil is of (i) de ziektekostenverzekeraar verzoeker correct heeft geïnformeerd over de wijziging in de verzekeringsvoorwaarden per 1 januari 2019, (ii) de ziektekostenverzekeraar de verzekeringsvoorwaarden per post aan verzoeker moest toesturen, (iii) het declaratieoverzicht tandheelkundige zorg dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker heeft verstrekt juist is, (iv) de ziektekostenverzekeraar verzoeker had moeten informeren over de mogelijkheid van deelname aan een collectiviteit en (v) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker een schadevergoeding toe te kennen.

6. De beoordeling

6.1. De ziektekostenverzekeraar is verplicht informatie aan consumenten te verstrekken zoals beschreven in de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de regeling). De toepasselijke artikelen uit de regeling zijn in de bijlage opgenomen. De bijlage maakt onderdeel uit van dit bindend advies.

Wijziging van de verzekeringsvoorwaarden

6.2. In artikel 9 van de regeling staat dat de ziektekostenverzekeraar de verzekerde tijdig moet informeren over wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde. Deze moeten worden vermeld op de website en in het prolongatiepakket dat aan een verzekerde wordt gestuurd als de wijzigingen ingaan per 1 januari.

6.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar heeft verzuimd hem tijdig te informeren over de wijzigingen in de vergoeding van een behandeling door de mondhygiëniste op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij verzoeker bij brieven van 2 november 2018 en 9 november 2018 heeft gewezen op de veranderingen in de dekking en de premie van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De wijzigingen kon verzoeker raadplegen in de digitale 'MijnOmgeving' van de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 14 november 2018 is aan verzoeker een vergoedingwijzer gestuurd. Hieruit is af te leiden dat voor de behandeling door een mondhygiëniste met ingang van 1 januari 2019 een vergoeding van 75% wordt verstrekt. Bij brief van 13 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de polisvoorwaarden 2019 aan verzoeker gezonden. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij daarmee heeft voldaan aan de vereisten die zijn opgenomen in de regeling. Verder wijst de ziektekostenverzekeraar op het bindend advies van de commissie van 18 april 2018 (Gcz, 18 april 2018, SKGZ201800037). Uit dit bindend advies volgt dat een verwijzing door de ziektekostenverzekeraar naar de digitale 'MijnOmgeving' in beginsel volstaat, omdat internet tegenwoordig algemeen gebruikelijk is. Indien een verzekerde geen toegang heeft tot internet, dan is het aan de verzekerde contact te zoeken met zijn zorgverzekeraar en kan hij via die weg de gewenste informatie alsnog ontvangen.

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aannemelijk gemaakt dat hij verzoeker met de vergoedingenwijzer - die op 14 november 2018 is verzonden - tijdig heeft geïnformeerd over de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden. Verzoeker had er op dat moment voor kunnen kiezen de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen, dan wel een andere aanvullende verzekering af te sluiten. Dat verzoeker van deze mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt, is de ziektekostenverzekeraar niet tegen te werpen.
- Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, namelijk dat in zijn situatie een uitzondering moet worden gemaakt omdat de zorg medisch noodzakelijk is, treft geen doel. Hoewel de commissie niet twijfelt aan de (medische) noodzaak van de zorg, heeft verzoeker enkel recht op een vergoeding zoals beschreven in de (gewijzigde) verzekeringsvoorwaarden.

Toezenden van de verzekeringsvoorwaarden

- 6.6. In artikel 18 van de regeling staat dat de zorgverzekeraar desgevraagd de polisvoorwaarden en reglementen per post of digitaal naar de consument moet sturen. Uit het aangehaalde artikel volgt niet dat de ziektekostenverzekeraar verplicht is de polisvoorwaarden jaarlijks per post toe te sturen, tenzij een consument hierom verzoekt.
- Uit het dossier maakt de commissie op dat verzoeker een dergelijk verzoek bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 13 december 2018 de polisvoorwaarden aan verzoeker gestuurd. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar voldaan aan zijn verplichtingen.
- Hetgeen verzoeker verder heeft aangevoerd in dit verband - met name dat aan hem in het verleden de polisvoorwaarden wél ieder jaar per post werden toegestuurd, zonder dat hij hierom behoefde te verzoeken - maakt het voorgaande niet anders.

Declaratieoverzicht tandheelkundige zorg

- 6.7. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar een overzicht gevraagd, waaruit is af te leiden welke tandheelkundige zorg ten behoeve van hem in 2018 is gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Uit het overzicht wenst verzoeker af te leiden welk deel van de kosten voor zijn rekening is gebleven. De ziektekostenverzekeraar heeft op respectievelijk 16 januari 2019 en 12 februari 2019 het gevraagde overzicht aan verzoeker verstrekt. De betreffende overzichten zijn volgens verzoeker echter niet juist, omdat deze niet overeenkomen met de nota's die hij van Famed B.V., het factoringbedrijf van zijn tandarts, heeft ontvangen.
- 6.8. De commissie merkt op dat verzoeker blijkbaar niet afhankelijk is van een overzicht van de ziektekostenverzekeraar, omdat hij zelf de nota's van Famed B.V. heeft ontvangen. Uit deze nota's kan hij afleiden welke kosten voor zijn rekening zijn gebleven. Deze nota's kan verzoeker ook betrekken bij het indienen van zijn belastingaangifte.
- 6.9. Verder merkt de commissie op dat het overzicht van 12 februari 2019 inderdaad afwijkt van de nota die verzoeker van Famed B.V. heeft ontvangen, met name ten aanzien van de behandeling die verzoeker op 1 februari 2018 heeft ondergaan. Dit wil echter niet zeggen dat het overzicht van de ziektekostenverzekeraar niet juist is. Uit het overzicht blijkt namelijk enkel welke declaraties zijn ingediend, welke declaraties (deels) zijn vergoed en welke declaraties niet zijn vergoed. De bedragen die in de kolom 'niet vergoed' staan, komen niet per definitie voor rekening van verzoeker. Zo blijkt uit de verklaring van de ziektekostenverzekeraar dat in deze kolom ook de declaraties zijn opgenomen die zijn afgewezen, bijvoorbeeld omdat een prestatie ten onrechte (dubbel) is gedeclareerd. Dit laatste is aan de orde in de situatie van verzoeker. Hierover is verzoeker overigens ook geïnformeerd tijdens een telefoongesprek met de ziektekostenverzekeraar op 12 februari 2019. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar op dit punt aan zijn verplichtingen heeft voldaan.

Collectiviteiten

- 6.10. In artikel 31 van de regeling staat dat een zorgverzekeraar die een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten hierover op zijn website informatie verstrekt.
- 6.11. De ziektekostenverzekeraar heeft op zijn website informatie opgenomen over verschillende collectiviteiten. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar aan zijn informatieplicht voldaan. Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen, gaat de informatieplicht van de ziektekostenverzekeraar op dit punt niet zo ver dat hij verzoeker moet informeren dat hij kan deelnemen aan een collectiviteit en/of welke collectiviteit voor hem (financieel) het meest voordelig is. Verzoeker dient zelf uit te zoeken of hij kan deelnemen aan een collectiviteit en zo ja, of hij van die mogelijkheid gebruik wenst te maken. Overigens merkt de commissie op dat verzoeker heeft verklaard dat hij niet beschikt over internet. Dit betekent dat het voor hem lastig kan zijn kennis te nemen van de informatie die de ziektekostenverzekeraar op zijn website vermeldt. Dit laatste heeft echter geen invloed op de reikwijdte van de informatieplicht die de ziektekostenverzekeraar jegens verzoeker heeft. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, met name dat hij mogelijk niet goed is geïnformeerd door de partijen met wie de ziektekostenverzekeraar een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten, maakt het voorgaande niet anders. De ziektekostenverzekeraar is namelijk niet verantwoordelijk voor de informatieverstrekking door deze partijen aan verzoeker.

Schadevergoeding

- 6.12. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij schade heeft geleden, omdat (i) de ziektekostenverzekeraar hem niet heeft gewezen op de mogelijkheid deel te nemen aan een collectiviteit en hij hierdoor de collectiviteitskorting is misgelopen, (ii) het declaratieoverzicht voor tandheelkundige zorg niet juist is en dit financiële gevolgen heeft voor het opvoeren van aftrekposten bij zijn belastingaangifte voor het jaar 2018 en (iii) hij veel heeft moeten bellen met de ziektekostenverzekeraar over de klachten die hij heeft ingediend.
- 6.13. De commissie heeft hiervoor vastgesteld dat de ziektekostenverzekeraar aan zijn informatieplicht heeft voldaan, ook waar het de collectiviteiten betreft. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker niet hoeft te compenseren voor de eventueel misgelopen premiekorting. De commissie heeft verder vastgesteld dat verzoeker niet afhankelijk is van het declaratieoverzicht van de ziektekostenverzekeraar voor het indienen van zijn belastingaangifte. Verzoeker heeft immers ook nota's ontvangen van Famed B.V. waaruit volgt welke zorgkosten voor zijn rekening zijn gebleven. Ten aanzien van de belkosten overweegt de commissie dat van verzoeker een zekere inspanning mag worden verwacht als onverhoopt een probleem ontstaat met betrekking tot de afgesloten verzekeringen. De eventuele belkosten die verzoeker in dat verband moet maken blijven voor zijn rekening. Bovendien is niet gebleken dat verzoeker genoodzaakt was de ziektekostenverzekeraar bijvoorbeeld onredelijk vaak of lang te bellen. Er bestaat om deze redenen geen aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de belkosten die verzoeker heeft gemaakt, moet vergoeden. Voor de volledigheid tekent de commissie aan dat de kosten die verzoeker heeft gemaakt in het kader van de onderhavige procedure voor zijn rekening blijven. Dit staat in artikel 15 van het Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen.



7. Het bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

1. De ziektekostenverzekeraar heeft voldaan aan zijn informatieplicht jegens verzoeker.
2. De ziektekostenverzekeraar geen schadevergoeding aan verzoeker hoeft te betalen.



Zeist, 22 mei 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester



- 7.2 Indien de opzegdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering afwijkt van 31 december vermeldt de ziektekostenverzekeraar deze datum op de website.

Kenmerk
TH/NR-010
Pagina
4 van 28

8. Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering

De ziektekostenverzekeraar vermeldt op de website alle beperkende toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

9. Wijzigingen in de polisvoorwaarden

- 9.1 De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerde tijdig over wijzigingen ten nadele van de verzekerde in de polisvoorwaarden.
- 9.2 De ziektekostenverzekeraar vermeldt alle onder artikel 9.1 bedoelde wijzigingen op de website, en in het prolongatiepakket wanneer het gaat om wijzigingen per 1 januari.

10. Vergoedingenoverzicht

- 10.1 Wanneer de zorgverzekeraar een vergoedingenoverzicht op de website vermeldt, neemt de zorgverzekeraar een disclaimer op waarin staat dat de verzekerde voor informatie over alle uitsluitingen en beperkingen de polisvoorwaarden dient te raadplegen of contact dient op te nemen met de verzekeraar.
- 10.2 Wanneer de zorgverzekeraar een vergoedingenoverzicht op de website vermeldt, neemt de zorgverzekeraar ook daar waar mogelijk per zorgsoort de hoogte van de wettelijke eigen bijdrage in het vergoedingenoverzicht op.

11. Doorlooptijd declaraties en afhandeling machtigingsaanvragen

De zorgverzekeraar vermeldt op de website de gangbare doorlooptijd voor de vergoeding van declaraties en voor de afhandeling van machtigingsaanvragen.

12. Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

De zorgverzekeraar vermeldt op de website:

- a. waar de verzekerde een klacht kan indienen;
- b. op welke wijze de klacht ingediend moet worden;
- c. binnen welke termijn de zorgverzekeraar zal reageren;
- d. dat de verzekerde een klacht kan indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, als het verzoek om heroverweging wordt afgewezen of de zorgverzekeraar niet binnen de gestelde termijn reageert.

- 17.3 Zorgverzekeraars vermelden in de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico in ieder geval de volgende punten, op een voor de verzekerde begrijpelijke wijze:
- achternaam, voorletters, en geboortedatum van de verzekerde die het betreft;
 - de zorgaanbieder;
 - de consumentenomschrijving van de gedeclareerde zorg, voor zover de privacy van de medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast;
 - datum van behandeling;
 - bedrag gedeclareerde kosten;
 - waar het aan de verzekerde in rekening te brengen bedrag betrekking op heeft: eigen bijdrage, eigen risico of afgewezen declaratie (aangeven wat van toepassing is);
 - resterend bedrag eigen risico.

Kenmerk
TH/NR-010
Pagina
8 van 28

18. Vermelden van de op de markt gebrachte modelovereenkomsten

- 18.1 De zorgverzekeraar vermeldt alle modelovereenkomsten volgens welke hij zorgverzekeringen aanbiedt, op de website.
- 18.2 De zorgverzekeraar stuurt desgevraagd de polisvoorwaarden en reglementen per post of digitaal naar de consument.

19. Voorkeursbeleid geneesmiddelen

- 19.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website de volgende punten over het voorkeursbeleid geneesmiddelen:
- uitleg wat het voorkeursbeleid geneesmiddelen inhoudt;
 - de werkzame stoffen waarvoor het beleid geldt en de vermelding van de geneesmiddelen waar de verzekerde (al dan niet onder voorwaarden) aanspraak op heeft voor vergoeding;
 - de procedure/actie die de verzekerde moet ondernemen als behandeling met een ander geneesmiddel dan het preferente geneesmiddel medisch noodzakelijk is;
 - welk geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt, wanneer een preferent middel niet leverbaar is.

Wanneer de zorgverzekeraar rechtstreeks met de fabrikant onderhandelt over de prijs of een bonus of korting:

- de manier waarop het voorkeursbeleid geneesmiddelen doorwerkt op het eigen risico van de verzekerde.
- 19.2 Als de zorgverzekeraar voor geneesmiddelen voorlopige prijzen hanteert waarop achteraf correcties kunnen plaatsvinden, dan vermeldt de verzekeraar de mogelijke gevolgen hiervan voor de verzekerde op de website.
- 19.3 Als de zorgverzekeraar wijzigingen aanbrengt in zijn voorkeursbeleid geneesmiddelen, vermeldt hij dit tijdig op de website en informeert hij alle verzekerden hier tijdig over.

30. Transparantie over (nagenoeg) gelijke polissen

- 30.1 Wanneer vanuit een concern waartoe meer zorgverzekeraars behoren, dan wel vanuit een individuele zorgverzekeraar, polissen worden aangeboden die gelijk of nagenoeg gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten, vermeldt iedere betrokken zorgverzekeraar in een overzicht op de website dat deze polissen gelijk of nagenoeg gelijk zijn.
- 30.2 In het in lid 1 bedoelde overzicht benoemt de zorgverzekeraar ten minste de volgende elementen:
- a. de naam van de polissen;
 - b. verschillen in risicodragerschap;
 - c. eventuele verschillen in de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten;
 - d. de wijze van distributie van de polissen;
 - e. de manier van communicatie van de verzekeraar met de verzekerde; en
 - f. de premie van de polissen.

31. Informatievoorziening rondom collectieve zorgverzekeringen

- 31.1 De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat collectiviteiten met wie hij een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten, aan consumenten duidelijk maken:
- a. Op welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar de collectiviteitskorting betrekking heeft.
 - b. Welke verschillen bestaan tussen de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar en de modelovereenkomst met collectiviteitskorting.
- 31.2 De zorgverzekeraar die een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten biedt op de website informatie over collectiviteiten.
- 31.3 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 collectiviteitskorting.

32. Afspraken met gemeentes

De zorgverzekeraar geeft informatie op zijn website over de afspraken met gemeentes over integrale (domeinoverstijgende) levering van zorg.

33. Intrekken/Vervallen oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-007 ingetrokken.

Bovengenoemde regeling blijft van toepassing op aangelegenheden die betrekking hebben op de periode waarvoor die regeling gold.