

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Mondzorg, rechtstreeks vergoeden van declaraties
Zaaknummer : 2011.02939
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna 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] Restitutiepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tand Eenvoudig Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten verzekering Aanvullend Pakket 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 op 10 en 22 augustus en 6 september 2011 een tandheelkundige behandeling ondergaan. De tandarts heeft de kosten van deze behandeling bij de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks geautomatiseerd gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de gedeclareerde kosten betaald aan de zorgverlener. Bij brief van 20 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat deze hem een bedrag van € 2.689,57 is verschuldigd voor de genoten tandheelkundige zorg.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 1 en 16 december 2011 en 30 januari 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 brief van 17 juli 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de nota ter grootte van € 2.697,10 ten onrechte bij vooruitbetaling rechtstreeks aan de tandarts heeft vergoed, dat wil zeggen in strijd met de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en zonder een adequate factuurcontrole uit te oefenen, en dat de ziektekos-

tenverzekeraar een bedrag van € 33,80 aan verzoeker dient terug te betalen (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 17 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 oktober 2012 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 10 oktober 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 10 en 22 augustus en 6 september 2011 een tandheelkundige behandeling ondergaan, onder andere bestaande uit de renovatie van zijn klikprothese. De tandarts heeft de kosten van deze behandeling ter grootte van € 2.784,93 rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten – met uitzondering van een ten onrechte gedeclareerd bedrag van € 87,83 (derhalve tot een bedrag van € 2.697,10) – aan de tandarts vergoed. Aangezien verzoeker op grond van zijn aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak had op vergoeding van slechts een zeer klein deel van deze kosten, te weten een bedrag van € 7,53, heeft de ziektekostenverzekeraar het restant, een bedrag van € 2.689,57, van verzoeker gevorderd.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft voormelde nota aan de tandarts vergoed vóórdat verzoeker deze in zijn bezit kreeg. Hierdoor heeft hij de nota niet tijdig kunnen controleren. Verzoeker heeft nu geen pressiemiddel meer tegenover de tandarts om aanvullende informatie over de gedeclareerde kosten te verkrijgen of als hij het niet eens is met het gefactureerde bedrag. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar geen adequate factuurcontrole uitgevoerd voordat de nota werd betaald. Verzoeker heeft hierom – achteraf – wel verzocht, maar de ziektekostenverzekeraar weigert dit.
- 4.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de onderliggende nota van het tandtechnisch laboratorium over te leggen. Op grond van de Tariefbeschikking Tandheelkunde van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) mag de tandarts namelijk niet méér doorberekenen dan het bedrag dat het tandtechnisch laboratorium hem in rekening heeft gebracht voor het vervaardigen van de onderdelen die hij hieraan heeft uitbesteed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit geweigerd en verzoeker verwezen naar de tandarts. Uiteindelijk heeft verzoeker de gevraagde specificatie via de tandarts gekregen.

- 4.4. Op grond van artikel 8, lid 2 van de ‘algemene voorwaarden geautomatiseerd declareren van tandheelkundige verrichtingen’ van de tussen de tandarts en de ziektekostenverzekeraar gesloten overeenkomst wordt een vordering niet door de ziektekostenverzekeraar overgenomen indien de kosten van de behandeling van een verzekerde meer bedragen dan € 1.650,--. De tandarts heeft voor de onderhavige behandeling een bedrag van € 2.784,93 in rekening gebracht. Dit is meer dan € 1.650,-- en daarom had de ziektekostenverzekeraar deze kosten niet rechtstreeks aan de tandarts mogen vergoeden. De stelling van de ziektekostenverzekeraar, dat sprake is van meer behandelingen en meer behandeldata, snijdt geen hout. Het betreft hier één behandeling die bestaat uit diverse verrichtingen. Dat deze verrichtingen op meer dagen hebben plaatsgevonden betekent niet dat geen sprake zou zijn van één behandeling.
- 4.5. De tandarts heeft een bedrag van € 33,80 separaat bij verzoeker in rekening gebracht. Dit bedrag heeft betrekking op techniekkosten behorende bij de behandeling op 10 augustus 2010. Deze kosten zijn met de code R00 gedeclareerd. Dit bedrag is precies het verschil tussen de techniekkosten voor de kroon van € 881,-- (zoals vermeld op de nota van de tandarts) en de specificatie van het tandtechnisch laboratorium van € 847,20. Deze kosten zijn dus tweemaal berekend. Bovendien kan een tandarts geen techniekkosten met code R00 in rekening brengen, aangezien deze code volgens de Tariefbeschikking van de NZa van 1 juli 2011 niet bestaat. Door de werkwijze van de ziektekostenverzekeraar werd dit “niet-valide zijnde” bedrag – als onderdeel van de tandartsnota – door de ziektekostenverzekeraar niet opgemerkt. Verzoeker heeft derhalve € 33,80 ten onrechte betaald aan de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij sinds 2005 is verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft de tandartsnota’s altijd eerst betaald om deze vervolgens ter declaratie in te dienen. In 2011 bleek de procedure ineens te zijn gewijzigd, zonder dat verzoeker hierover is ingelicht. De tandarts heeft de nota langs geautomatiseerde weg naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd en deze heeft de gedeclareerde kosten direct aan de tandarts vergoed. Verzoeker vat zijn bezwaren als volgt samen: 1) de ziektekostenverzekeraar distantieert zich van controle, 2) de ziektekostenverzekeraar wil het teveel betaalde bedrag van € 33,80 niet aan verzoeker terugbetalen, en 3) de ziektekostenverzekeraar had de nota, nu deze meer bedraagt dan € 1.650,--, niet aan de tandarts mogen betalen.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De tandarts heeft de onderhavige kosten langs geautomatiseerde weg ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Daarom kan laatstgenoemde verzoeker geen kopie van de papieren nota verstrekken. Verzoeker zal zich hiervoor moeten wenden tot de tandarts. De tandarts heeft de techniekkosten in één totaalbedrag bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Ook voor een specificatie hiervan zal verzoeker zich tot de tandarts moeten wenden.
- 5.2. De tandarts specificiert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de “tarievenlijst tandheilkunde”. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven (2011) is opgesteld door de NZa. Op grond van

artikel 1.7 van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft de ziektekostenverzekeraar de nota rechtstreeks aan de tandarts vergoed. Daarbij heeft hij de tarieven gecontroleerd zoals deze zijn vastgesteld door de NZa voor het jaar 2011. De hoogte van de techniekkosten is afhankelijk van de gedane verrichtingen en de gebruikte materialen. Als de tandarts de 'tandtechniekstukken' niet zelf vervaardigt, is deze verplicht op verzoek van de patiënt, dan wel diens ziektekostenverzekeraar indien deze laatste een contractuele relatie heeft met de tandarts, de nota van de tandtechnicus/tandtechnisch laboratorium, over te leggen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom op 15 december 2011 met de tandarts afgesproken dat hij contact opneemt met verzoeker over de specificatie van de techniekkosten.

- 5.3. Bij brief van 17 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord op de vraag van de commissie naar de rechtsgrond voor de rechtstreekse betaling van de onderhavige nota in combinatie met de constatering dat niet is gebleken dat in casu cessie heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie daarbij verwezen naar de artikelen 1.6 en 1.7 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op grond van deze artikelen heeft de ziektekostenverzekeraar het recht zorgkosten rechtstreeks te vergoeden aan de zorgverlener. Indien een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde blijft, is de verzekeringnemer verplicht dit bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te betalen.
- 5.4. Verzoeker heeft op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op maximaal € 250,- per kalenderjaar ter zake van de onderhavige zorg. Omdat hij de maximale vergoeding reeds had bereikt, is het aan de tandarts vergoede bedrag, voor zover dit boven dit maximum uitkomt, van verzoeker gevorderd.
- 5.5. De door de ziektekostenverzekeraar aan de tandarts vergoede nota bedroeg in totaal meer dan het in de 'algemene voorwaarden geautomatiseerd declareren van tandheelkundige verrichtingen' vermelde bedrag van € 1.650,-. De betreffende nota heeft echter betrekking op diverse behandelingen. Per behandeling (en per behandeldatum) wordt het bedrag van € 1.650,- niet overschreden. Overigens is de tandarts niet verplicht de kosten rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar te declareren. Een verzekerde kan dus met zijn tandarts afspreken dat de nota en de betaling daarvan niet via de ziektekostenverzekeraar lopen.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat een tandarts inderdaad niet een hoger bedrag mag declareren voor de kosten van tandtechniek dan hetgeen door het tandtechnisch laboratorium in rekening is gebracht. Zorgverleners dienen hun nota's digitaal in bij de ziektekostenverzekeraar, waarna deze automatisch worden verwerkt. Hierop vindt geen individuele controle plaats. Achteraf wordt wel steekproefsgewijs gecontroleerd. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord niet te weten waarom artikel 10 van de 'algemene voorwaarden geautomatiseerd declareren van tandheelkundige verrichtingen' in het onderhavige geval niet is toegepast. Mogelijk was dit niet meer aan de orde, omdat verzoeker het bedrag van € 2.689,57 vrij snel heeft voldaan. Het teveel betaalde bedrag van € 33,80 zal worden terugbetaald aan verzoeker.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 7 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 op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering terecht de nota van de tandarts rechtstreeks heeft vergoed, en of hij een bedrag van € 33,80 aan verzoeker dient terug te betalen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. In artikel 56 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg tot maximaal € 250,-- per kalenderjaar.
- 8.3. In artikel 1.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar het recht heeft de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder te betalen.
- 8.4. In artikel 1.7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat indien de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft betaald en hij hierdoor meer heeft vergoed dan waartoe hij ten opzichte van de verzekerde is gehouden of de kosten van zorg anderszins voor rekening van de verzekerde komen, de verzekeringnemer de kosten is verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar. Deze bedragen brengt de ziektekostenverzekeraar later bij de verzekeringnemer in rekening. De verzekeringnemer is verplicht deze bedragen te betalen. De ziektekostenverzekeraar kan deze bedragen verrekenen met aan de verzekeringnemer verschuldigde bedragen.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 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 € 250,-- per kalenderjaar. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar de tandartsnota rechtstreeks aan de tandarts mocht vergoeden, en – zo begrijpt de commissie - of de ziektekostenverzekeraar vervolgens het aldus betaalde, voor zover dat het eerder genoemd maximum overstijgt, van verzoeker mag vorderen.
- 9.2. Gelet op de tussen partijen niet in geschil zijnde artikelen 1.6 en 1.7 van de aanvullende ziektekostenverzekering beantwoordt de commissie vorenstaande vragen bevestigend. Daarbij overweegt zij het volgende. Blijkens artikel 11 van de door beide partijen genoemde 'algemene voorwaarden geautomatiseerd declareren van tandheelkundige verrichtingen' (hierna: de AV) leidt het rechtstreeks en digitaal declareren door de tandarts ertoe dat de vordering van de tandarts op verzoeker wordt overge-

dragen aan de ziektekostenverzekeraar. De AV spreken in dit verband – in minder juiste bewoordingen, omdat het hier niet betreft de verkrijging van een voor menselijke beheersing vatbaar stoffelijk voorwerp (een zaak), maar een vordering – van “eigendomsoverdracht”, waarmee wordt bedoeld dat de ziektekostenverzekeraar recht-hebbende wordt van de vordering en jegens verzoeker de positie van schuldeiser verkrijgt.

Dat hiermee cessie is beoogd, vormt in de onderhavige procedure geen onderwerp van geschil. In die zin is de situatie anders dan in een eerdere kwestie waarover de commissie oordeelde (GcZ 2012.00454). In dat geval werd namelijk door de betrokken ziektekostenverzekeraar gesteld dat geen cessie van de vordering had plaatsgevonden.

- 9.3. Overgang van de vordering, ten gevolge van de overdracht op de voet van artikel 11 van de AV, laat blijken het bepaalde in artikel 6:145 BW de verweermiddelen van de schuldenaar, in casu van verzoeker, onverlet. De verweermiddelen die verzoeker tegen de oorspronkelijke schuldeiser (i.e. de tandarts) kan voeren, kan hij mitsdien ook tegen de rechtsopvolger van deze schuldeiser (i.e. de ziektekostenverzekeraar) voeren.
- 9.4. Aangezien verzoeker de juistheid van de nota – behoudens een bedrag van € 33,80 voor techniekkosten – niet gemotiveerd heeft betwist en ter zitting door de ziektekostenverzekeraar restitutie van vernoemd bedrag is toegezegd, terwijl verzoeker inmiddels het bedrag van € 2.689,57 aan de ziektekostenverzekeraar heeft voldaan, behoeven de overige stellingen van partijen wegens gebrek aan belang geen bespreking meer.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
 - 9.6. Aangezien de ziektekostenverzekeraar ter zitting vergoeding van het bedrag van € 33,80 voor techniekkosten heeft toegezegd, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoeker dient te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 7 november 2012,

Voorzitter