



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Mondzorg, prothese, reparatie, eigen risico
Zaaknummer : 201500966
Zittingsdatum : 30 september 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.7, 2.16a, 2.17 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (2015) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Univé Extra Zorgpolis Goed is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Met het vergoedingsoverzicht 2015 1, van 17 februari 2015, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een bedrag van € 61,90 is vergoed aan de tandarts ter zake van de reparatie van haar gebitsprothese. Dit bedrag komt volledig ten laste van het nog openstaande eigen risico voor 2014 en wordt daarom bij verzoekster in rekening gebracht.
- 3.2. Verzoekster heeft op 17 februari 2015 bij de ziektekostenverzekeraar gemeld dat voornoemde kosten zijn vergoed voor een reparatie die van slechte kwaliteit is, waardoor zij thans niet beschikt over een goede gebitsprothese. Bij e-mailbericht van 23 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de uitkomst van de behandeling van de door haar bij de Associatie Nederlandse Tandartsen (hierna: ANT) ingediende klacht wordt afgewacht. De vordering ter zake van het eigen risico 2014 van € 61,90 is daarom tot 18 mei 2015 stilgelegd.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 24 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een machtiging verleend voor een nieuwe gebitsprothese. De kosten hiervan worden voor 75 percent vergoed. Hierbij is verzoekster erop gewezen dat de vergoeding wordt verrekend met het nog openstaande eigen risico voor 2015. Voor 2015 bedraagt het verplicht eigen risico € 375,--.
- 3.5. Bij brief van 23 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het op die dag met haar gevoerde telefoongesprek bevestigd. Hierin wordt vermeld dat - om verzoekster tegemoet te komen

- de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 61,90 ter zake van het verplicht eigen risico voor 2014 aan haar terugbetaalt. Tevens wordt verzoekster er nogmaals op gewezen dat zij het eigen risico voor 2015 is verschuldigd met betrekking tot de kosten van de prothese die in 2015 wordt vervaardigd en geplaatst.

- 3.6. Bij ongedateerde brief, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) ontvangen op 1 juni 2015, heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in 2015 te vervaardigen gebitsprothese onder het eigen risico voor 2014 te laten vallen (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 augustus 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 september 2015 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoekster is op 30 september 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is eind november 2014 naar de tandarts gegaan om haar bovenprothese te laten repareren. Beiderzijds waren de drie achterste kiezen versleten en deze moesten worden vervangen. Daarnaast moest de prothese worden opgevuld. De aanpassingen zijn verricht door een tandtechnicus die met de tandarts samenwerkt. Nadat verzoekster de bovenprothese terugkreeg, bleek dat de stand van de voortanden was veranderd, waardoor deze helemaal naar voren stonden. Daarnaast was de prothese niet opgevuld, waardoor deze los in de mond van verzoekster zat. Hierna heeft verzoekster meerdere pogingen gedaan om de prothese naar wens gerepareerd te krijgen, maar dit is tot op heden niet gelukt. Verzoekster heeft bij brief van 17 februari 2015 bij de ziektekostenverzekeraar melding gemaakt van het voorgaande. Zij heeft hierbij vermeld dat in geval van declaratie de aan de reparatie verbonden kosten niet mogen worden vergoed.
- 4.2. Verzoekster heeft de tandarts en de tandtechnicus erop aangesproken dat de prothese niet meer voldoet. Zij heeft hierop van hen echter geen dan wel onvoldoende reactie gehad. Tot een oplossing heeft het in ieder geval niet geleid. Verzoekster heeft de kwestie daarom voorgelegd aan de ANT. De procedure aldaar heeft zij evenwel niet voortgezet, omdat de ANT verzoekster niet wilde (laten) onderzoeken, maar alleen foto's wilde hebben van de prothese. Op een foto is echter niet te zien waar het probleem zich voordoet.
- 4.3. Verzoekster heeft zich tot een andere tandtechnicus gewend om begrotingen te laten maken voor het herstellen van de huidige prothese en het vervaardigen van een nieuwe prothese. Deze tandtechnicus heeft bij brief van 4 maart 2015 verklaard dat de huidige prothese zowel esthetisch als functioneel niet meer voldoet. Het herstellen van de bovenprothese zal net zoveel tijd en geld kosten als het aanmeten en vervaardigen van een nieuwe prothese.
- 4.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gesteld van bovenstaande problemen. Zij begrijpt niet dat de ziektekostenverzekeraar de nota's voor de ondeugdelijke verrichtingen toch heeft vergoed. Zij had verwacht dat de ziektekostenverzekeraar haar zou bijstaan in de onderhavige situatie, en haar niet voor de kosten zou laten opdraaien.

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 24 maart 2015 een machtiging verleend voor een nieuwe gebitsprothese. Op de vergoeding, op basis van 75 percent van de kosten, zou echter (weer) het eigen risico van toepassing zijn. Verzoekster is het hier niet mee eens. In 2014 was immers sprake van reparatie van de prothese. Verzoekster is daarom van oordeel dat op de nieuw te vervaardigen prothese het eigen risico van 2014 van toepassing moet zijn.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de reparatie in 2014 is aangevangen. Als in 2014 adequaat was gehandeld, zou de reparatie in dat jaar zijn afgerond dan wel was in dat jaar een nieuwe prothese vervaardigd. Daarom is ten onrechte het eigen risico van 2015 in rekening gebracht. Ter aanvulling heeft verzoekster aangevoerd dat zij extra betaalt om vrije keuze van zorgaanbieders te hebben. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat de tandarts niet is gecontracteerd treft daarom geen doel.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar vergoedt gedeclareerde zorgkosten conform de regels van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. De declaratie ter zake van de reparatie van de gebitsprothese van verzoekster is verrekend met haar (verplicht) eigen risico voor 2014. De tandarts heeft een prestatie geleverd waarvoor kosten mogen worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De tandarts heeft een inspanningsverplichting, geen resultaatverplichting.
- 5.2. Tijdens het telefoongesprek van 24 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij geen contract heeft met de behandelend tandarts en dat de tandarts eindverantwoordelijk is, omdat hij de opdracht heeft uitgezet bij de tandprotheticus. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat zij een klacht kan indienen bij het KNMT, of informatie kan opvragen bij het Tandheelkundig Informatie Punt.
- 5.3. Verzoekster heeft een klacht tegen de zorgaanbieder ingediend bij de ANT. Verzoekster heeft besloten die procedure niet voort te zetten, omdat de ANT foto's wilde hebben van de prothese. Klaarblijkelijk heeft de ANT lichtfoto's opgevraagd van de prothese om te kunnen beoordelen of sprake is van een slecht product. De tandheelkundig adviseur heeft verklaard zich dit te kunnen voorstellen. Het blijft wel moeilijk om te beoordelen of iemand wel of niet goed kan functioneren met de prothese. Dit is zeer subjectief. Maar het feit blijft dat het een inspanningsverplichting betreft en geen resultaatsverplichting.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster toestemming verleend voor het vervaardigen van een nieuwe gebitsprothese. Het is alleen de vraag onder welk eigen risico de kosten van de nieuwe prothese vallen. Volgens verzoekster is dit 2014, omdat het naar haar mening in dat jaar allemaal is misgegaan. De ziektekostenverzekeraar is echter van oordeel dat het eigen risico van 2015 van toepassing is, omdat in dit jaar de prothese zal worden vervaardigd.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een tandarts een inspanningsverplichting heeft, en geen resultaatverplichting. De ziektekostenverzekeraar heeft met de tandarts geen overeenkomst gesloten. Verzoekster heeft een restitutiepolis, zodat zij vrije artskeuze heeft. Dit betekent dat er geen korting wordt toegepast als zij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de onderhavige situatie vaker voorkomt, dus als hieraan wordt tegemoet gekomen dreigt precedentwerking. Daarom wordt vastgehouden aan de verzekeringsvoorwaarden. Met de terugbetaling van het eerder ingehouden eigen risico van € 61,90 is verzoekster reeds voldoende gecompenseerd.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering 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 kosten van de in 2015 te vervaardigen gebitsprothese onder het eigen risico voor 2014 te laten vallen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op prothetische voorzieningen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese. (...)”

8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 375 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)


7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.”


- 8.5. De artikelen 7 en 31 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster voor het kalenderjaar 2015 een verplicht eigen risico heeft van € 375,-, dat dit bedrag nog niet met andere kosten is 'volgemaakt', en dat de kosten van mondzorg niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico.
- 9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat de betrokken tandarts door hem niet is gecontracteerd. Verzoekster heeft dit niet weersproken en daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. De oorspronkelijke gebitsprothese is in 2014 door de tandarts gerepareerd. Op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden was de ziektekostenverzekeraar jegens verzoekster gehouden de hiermee gemoeide kosten te vergoeden. Anderzijds was verzoekster, op grond van die zelfde voorwaarden, gehouden het eigen risico te betalen voor de zorg of overige diensten waarvan de kosten zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering, althans voor zover die zorg of overige diensten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. Derhalve is het bedrag van € 61,90 aanvankelijk terecht bij haar in rekening gebracht.
Verzoekster bestrijdt de kwaliteit van de gedeclareerde verrichtingen. Over de kwaliteit van de verrichtingen kan de commissie echter geen uitspraak doen. De procedure bij de ANT was hiervoor de aangewezen weg. Dat verzoekster de bij de ANT ingediende klacht weer heeft ingetrokken, was haar keuze en kan niet ertoe leiden dat de ziektekostenverzekeraar dient af te zien van het in rekening brengen van het verplicht eigen risico voor 2014. De ziektekostenverzekeraar is immers op geen enkele wijze verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die is geleverd door de tandarts die verzoekster zelf heeft gekozen. Voor zover hem zou kunnen worden tegengeworpen dat hij, ondanks de vraag van verzoekster dit niet te doen, toch tot betaling van de declaratie is overgegaan, is de ziektekostenverzekeraar verzoekster al voldoende tegemoet gekomen door haar het vanwege het eigen risico voor 2014 in rekening gebrachte bedrag van € 61,90 terug te betalen.
- 9.3. Gelet op het vorenoverwogene valt niet in te zien waarom de kosten van de in 2015 nieuw te vervaardigen gebitsprothese onder het eigen risico voor 2014 zouden moeten worden gebracht. In artikel 7 van de zorgverzekering is bepaald dat voor de berekening van het eigen risico de kosten van zorg worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Aangezien de nieuwe gebitsprothese in 2015 wordt vervaardigd, is verzoekster met betrekking hiertoe het eigen risico voor 2015 verschuldigd, althans voor zover dit op het moment van berekening nog niet is 'volgemaakt'.




Conclusie



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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 oktober 2015,




H.A.J. Kroon