

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Mondzorg, techniekkosten prothese
Zaaknummer : 2009.01457
Zittingsdatum : 7 april 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 20 mei 2009 de kosten van een bovenprothese en kronen (hierna: de aanspraak) gedeeltelijk niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zó polis (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Verzorgd 1 en Tand Verzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Bij brief van 20 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de onder punt 2 omschreven aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.5. Bij brief van 20 oktober 2009 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 zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 4 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 februari 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 maart 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 9 februari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010022584) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat restauratief werk alsmede het plaatsen van een partiële gebitsprothese geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Een volledige gebitsprothese, zoals deze in de bovenkaak geplaatst is, is wel een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 april 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 8 april 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 13 april 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 3 november 2008 de begroting en de begeleidende brief van de tandarts bij de ziektekostenverzekeraar ingediend met het verzoek om afgifte van een machtiging. Op 11 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de kosten van de prothese worden vergoed. Verzoeker kan de kosten op de gebruikelijke wijze bij de ziektekostenverzekeraar declareren.
- 4.2. Op 3 april 2009 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij al in augustus 2008 met de begroting van de tandarts naar de ziektekostenverzekeraar is geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft hem toen verteld dat de kosten volledig zouden worden vergoed, als hij een verklaring van de tandarts zou toevoegen over de noodzaak de bovenprothese te vervangen. Op 3 november 2008 heeft hij voldaan

aan deze voorwaarde en is hem door de ziektekostenverzekeraar wederom verteld dat alle kosten vergoed zouden worden. Dit is op 11 december 2008 schriftelijk bevestigd. In verband met een ziekenhuisopname in december 2008 is de geplande tandheelkundige behandeling uitgesteld tot februari en maart 2009. Na declaratie van de nota in mei 2009 bleek verzoeker dat slechts een gedeelte van de kosten wordt vergoed, waardoor een bedrag van € 1.242,83 voor zijn rekening blijft.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker benadrukt, dat de ziektekostenverzekeraar hem voorafgaand aan de behandeling heeft medegedeeld dat hij de kosten volledig vergoed zou krijgen. Achteraf bleek echter dat de kosten niet volledig voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoeker heeft op grond van de polisvoorwaarden 2009 recht op een lagere vergoeding dan op grond van de voorwaarden van 2008, maar nu de ziektekostenverzekeraar de toestemming in december 2008 heeft afgegeven, had deze moeten begrijpen dat het voor verzoeker niet mogelijk was de gehele behandeling binnen tien dagen af te ronden. Verzoeker heeft de folder met de wijzigingen van de polisvoorwaarden 2009 pas in de loop van 2009 ontvangen. Eind 2008 heeft hij enkel een folder ontvangen waarin de wijzigingen niet staan vermeld. Desgevraagd stelt verzoeker dat hij de polisvoorwaarden 2009 wel eind 2008 heeft ontvangen.

- 4.5. 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 stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in de aanvullende ziektekostenverzekering voor tandheelkundige zorg in 2008 een aanspraak opgenomen was voor een tegemoetkoming van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage. In 2009 was deze aanspraak niet meer opgenomen in de polis. Het moment waarop de behandeling plaats vindt is bepalend voor de van toepassing zijnde polisvoorwaarden. De verleende machtiging betekent slechts dat de prothese ten laste van de verzekering kan worden gebracht onder de op het moment van de behandeling geldende voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij zijn brief van 11 december 2009 alleen ziet op de bovenprothese (P21) en niet op de andere gemaakte kosten. De ziektekostenverzekeraar is niet gebleken van toezeggingen die gedaan zouden zijn. Indien in 2008 is gevraagd of de prothese volledig vergoed zou worden, zou het antwoord "ja" geweest zijn, omdat in 2008 op grond van de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestond op vergoeding van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage. Alleen de Nederlandse tarieven en UPT (Uniform Particulier Tarief) codes komen voor vergoeding in aanmerking. Dit zijn de maximum tarieven zoals door de Nza (Nederlandse Zorgautoriteit) zijn vastgesteld. In Duitsland worden andere tarieven en codes gebruikt dan in Nederland. De vergoeding is daarom berekend naar Nederlandse tarieven. De kosten van de volledige bovenprothese zijn voor 75 percent uit de zorgverzekering vergoed. Van de resterende 25 percent is het honorarium vergoed uit de aanvullende ziektekostenverzekering, de techniekkosten komen op grond van deze aanvullende ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking. De overige kosten (R33, R25, P29 en P15) zijn vergoed uit de aanvullende ziektekostenverzekering, met uitzondering van de techniekkosten, die komen op grond van de polisvoorwaarden voor eigen rekening.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat verzoeker zelf de folder met daarin de wijzigingen in de polis van 2009 heeft ingebracht in de procedure. Hij wist dan wel had kunnen weten dat de polisvoorwaarden voor 2009 gewijzigd waren ten opzichte van 2008. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat als een aanvraag wordt ingediend voor informatie dan wel toestemming voor een bepaalde behandeling, deze aanvraag beoordeeld wordt op grond van de op dat moment geldende polisvoorwaarden.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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.

7. Het geschil

7.1. In geschil is de vergoeding van de kosten van een bovenprothese en kronen, ten laste van de zorgverzekering, dan wel 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. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B29 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkunde bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(...) U heeft recht op vergoeding van kosten van (...) uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak.

Een deel van de kosten voor een uitneembare volledige prothese is voor uw eigen rekening. Hoeveel uw eigen bijdrage is, wordt door de minister van VWS bepaald en kunt u vinden in de Regeling zorgverzekering. (...)”

8.3. Artikel B29 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. 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, waarbij in lid 5 de aanspraak op een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of on-

derkaak voor verzekerden van tweeëntwintig jaar of ouder is opgenomen. De eigen bijdrage ter zake is geregeld in artikel 2.4 lid 3 Rzv. In dit artikel is bepaald dat een verzekerde voor een uitneembare volledige prothetische voorziening een eigen bijdrage betaalt ter hoogte van vijftientig percent van de kosten van die voorziening.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In artikel T1 van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt vermeld dat bepaalde kosten voor tandheelkundige zorg onder de zorgverzekering vallen.

In artikel T3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van kosten volgens de bijgevoegde tabel met verrichtingen. Hierin is, voor zover hier van belang, bepaald dat de kosten van verrichtingen met codes P15 (gedeeltelijke kunstharsprothese), P21 (volledige kunstharsprothese boven) en P 29 (toeslag overkapt element) volledig worden vergoed.

Voorts is, voor zover hier van belang, in artikel T12 bepaald:

“(...) Bijkomende kosten voor ziekenhuis, materiaal of techniek komen niet voor vergoeding in aanmerking. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. De commissie overweegt dat in de polisvoorwaarden wordt vermeld dat een eigen bijdrage verschuldigd is voor een uitneembare volledige prothese. Hierbij wordt evenwel niet vermeld hoeveel deze eigen bijdrage bedraagt; de verzekerde wordt daarvoor verwezen naar de Rzv. In artikel 2.4, lid 3 Rzv is bepaald dat voor een uitneembare volledige prothese een eigen bijdrage verschuldigd is van 25 percent. De ziektekostenverzekeraar heeft 75 percent van de kosten van de uitneembare volledige prothese vergoed op grond van de zorgverzekering. De commissie concludeert dat hiermee, op grond van de zorgverzekering, de juiste vergoeding is toegekend.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn de techniekkosten uitgesloten van vergoeding. De kosten van het honorarium, zoals vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) komen wel voor vergoeding in aanmerking. Gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar de kosten heeft vergoed tot het tarief zoals dit als honorarium is vastgesteld door de NZa. De overige kosten zijn aan te merken als techniekkosten. Deze kosten ad € 1.701,01 blijven, gelet op artikel T12, voor rekening van verzoeker.

Toezegging

- 9.4. Verzoeker heeft gesteld, dat de ziektekostenverzekeraar hem in 2008 heeft toegezegd dat de kosten van de prothese volledig vergoed zouden worden. De ziektekostenverzekeraar stelt dat niet is gebleken van een dergelijke toezegging. Wat hiervan zij, gesteld dat die toezegging er zou zijn dan bestond ten tijde daarvan op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vergoeding van de op grond van de zorgverzekering verschuldigde eigen bijdrage voor de volledige prothese. Die verstrekte informatie was destijds op zich juist. Het ligt voor de hand dat een ziektekostenverzekeraar bij een (telefonisch) verzoek om informatie de gestelde vraag primair beantwoordt naar de op dat moment geldende polisvoorwaarden. Aannemelijk is te achten dat zulks op die wijze is geschied. Het voorgaande komt er op neer dat de ziektekostenverzekeraar, waar de behandeling heeft plaats gevonden in 2009 ook op grond van een eventuele toezegging in 2008 niet gehouden worden de kosten van de prothese volledig - met inbegrip van de hierboven als zodanig aangeduide techniekkosten - te vergoeden

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 april 2010,

Voorzitter