



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C
te B, tegen D en E beide te F

Zaak : Mondzorg, implantaten, gebitsprothese, machtiging, toerekening eigen risico

Zaaknummer : 201302336

Zittingsdatum : 16 april 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19, 21 en 23 Zvw, 2.7 Bzv, 2.17, 2.18 Rzv)

1. Partijen

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

- 1) D te F en
- 2) E te F, hierna gezamenlijk 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Resitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid en [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaaf 500 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 juli 2013 van verzoekster een bedrag aan verplicht eigen risico voor het jaar 2013 ter hoogte van € 331,72 gevorderd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 1 en 30 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 7 december 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 331,72 ter zake het verplicht eigen risico 2013 van haar vordert (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 maart 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 maart 2014 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 maart 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.

3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2014 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 mei 2013 een machtiging afgegeven voor "4x herimplantatie bovenkaak en omvorming". Op deze machtiging staat vermeld dat de behandeling, behoudens een bedrag van € 125,- aan eigen bijdrage, volledig wordt vergoed. Toch heeft verzoekster, nadat de behandeling op 13 juni 2013 had plaatsgevonden, van de ziektekostenverzekeraar een nota gekregen van € 331,72 ter zake van het verplicht eigen risico 2013. Aangezien in de machtiging hiervan geen melding is gemaakt, is de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd het bedrag van € 331,72 bij haar te vorderen.

4.2. Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het haar heeft gestoord dat de ziektekostenverzekeraar de openstaande vordering zo snel heeft overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Om verdere kosten te voorkomen heeft zij de openstaande vordering voldaan.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft op 7 mei 2013 van de ziektekostenverzekeraar een machtiging ontvangen voor het aanbrengen van implantaten en het vervaardigen van een gebitsprothese. In deze akkoordverklaring staat vermeld dat verzoekster voor de gebitsprothese een eigen bijdrage van € 125,- is verschuldigd. Aangezien de behandeling in 2013 heeft plaatsgevonden en de kosten zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering, stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat het verplicht eigen risico 2013 terecht met de vergoeding is verrekend.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in een akkoordverklaring enkel wordt vermeld wat vast staat. Het eigen risico staat niet vast omdat personen onder de 18 jaar dit niet verschuldigd zijn en een verzekerde boven de 18 het eigen risico al kan hebben vol gemaakt. Verder wenst de ziektekostenverzekeraar te benadrukken dat door verzoekster ook andere kosten zijn gemaakt, ten bedrage van € 517,34, waardoor het eigen risico sowieso zou zijn vol gemaakt. De ziektekostenverzekeraar is dan ook van mening dat verzoekster geen financieel belang meer heeft.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. 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 terecht een bedrag van € 331,72 ter zake van het verplicht eigen risico 2013 bij verzoekster heeft gevorderd.

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 restitutiepols, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B.12. van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“B.12.1.a. Mondzorg in bijzondere gevallen

Deze mondzorg is noodzakelijk omdat:

- 1. u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;*
- 2. u een niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
- 3. u een medische behandeling krijgt die zonder tandheeskundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Zonder die mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad. (...)*

B.12.1.b. Tandheeskundige implantaten

Het plaatsen van een tandheeskundig implantaat en het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem):

- 1) als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden;*
- 2) als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder B.12.1.a., en uw gebit zonder die tandheeskundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.*

Let op!

Er geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaak voor de volledige gebitsprothese die op een tandheeskundig implantaat wordt vastgemaakt. (...)

8.3. Artikel A.12. van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 350,- voor een heel jaar. Het jaar dat de verzekering ingaat of eindigt of dat u 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico ook lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 350,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg. (...)"

8.4. De artikelen A.12. en B.12. van de zorgverzekering zijn volgens A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.

8.6. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19, 21 en 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Rzv.

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 gereuleerde

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. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 mei 2013 een machtiging afgegeven voor "4x herimplantatie bovenkaak en omvorming". Op 13 juni 2013 heeft verzoekster de betreffende behandeling laten uitvoeren, waarna de behandelend tandarts een bedrag van € 468,37 bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd. Nadien heeft laatstgenoemde de ingediende declaratie vergoed ten laste van de zorgverzekering en vervolgens bij verzoekster bedragen van € 125,- en € 331,72 ter zake van respectievelijk de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage en het verplicht eigen risico 2013 in rekening gebracht. Verzoekster bestrijdt dat in dit geval het verplicht eigen risico 2013 van toepassing is, en wel op de grond dat op de afgegeven machtiging van 7 mei 2013 staat vermeld dat enkel een bedrag van € 125,- aan eigen bijdrage zal worden berekend. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Prealabel merkt de commissie op dat op de afgegeven machtiging van 7 mei 2013 inderdaad staat vermeld dat een bedrag van € 125,- voor rekening van verzoekster blijft. Echter, in bedoelde machtiging wordt tevens opgemerkt dat dit bedrag betrekking heeft op de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage voor de gebitsprothese. Een eigen bijdrage is het bedrag dat een verzekerde verschuldigd is voor bepaalde vormen van zorg uit de zorgverzekering. Het bedrag dat thans van verzoekster wordt gevorderd heeft betrekking op het verplicht eigen risico en niet op de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage.
- 9.3. Voor zover verzoekster stelt dat zij uit de op 7 mei 2013 afgegeven machtiging heeft opgemaakt dat het verplicht eigen risico niet van toepassing is, merkt de commissie op dat het bestaan van het verplicht eigen risico op grond van de zorgverzekering een feit van algemene bekendheid is. Voorts wist verzoekster dat de onderhavige kosten werden vergoed ten laste van de zorgverzekering - daartoe was immers een machtiging aangevraagd en verkregen - en had zij aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden kunnen nagaan dat mondzorg niet is uitgesloten van de eigen risicoregeling. Nog daargelaten hetgeen onder 9.2 is overwogen, bestond er dan ook geen enkele aanleiding te veronderstellen dat met het vermelden van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage van € 125,- werd beoogd de toepasselijkheid van het verplicht eigen risico uit te sluiten. In artikel A.12.1. van de zorgverzekering is bovendien expliciet vermeld dat beide "naast elkaar van toepassing (kunnen) zijn op de verzekerde zorg".
- 9.4. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar conform artikel A.12. van de zorgverzekering terecht een bedrag van € 331,72 ter zake het verplicht eigen risico 2013 bij verzoekster in rekening heeft gebracht.

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, 14 mei 2014,

Voorzitter