



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Eigen risico, mondzorg, indicatie, coulancevergoeding
Zaaknummer : 201600606
Zittingsdatum : 11 januari 2017



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 19, 20 en 21 Zvw, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen



Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een tandheelkundige behandeling, bestaande uit (onder meer) vervanging van kronen en bruggen (verder: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft op enig moment aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld alsnog een vergoeding te verlenen van 50 percent van de kosten voor de betreffende tandheelkundige behandeling. Deze vergoeding is verrekend met het openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico.



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



3.4. Bij brief van 1 augustus 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 november 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 16 december 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 21 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016132808) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde, omdat de agenesie niet kan worden bewezen. Ten aanzien van de declaratiecodes R80/R85 merkt het Zorginstituut op dat deze alleen in rekening mogen worden gebracht voor een noodvoorziening die geen onderdeel is van een door de tandarts zelf uitgevoerde behandeling met kronen. In casu is sprake van een door de tandarts zelf uitgevoerde behandeling met kronen. De declaratiecode T82 ziet op tandvleescorrectie. Code R24 omvat eveneens tandvleescorrectie. De nota van 18 december 2015 omvat derhalve ten onrechte de codes R80, R85 en T82, aangezien deze reeds in het tarief van code R24 zijn opgenomen.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 december 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 11 januari 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Omdat de hoorzitting heeft plaatsgevonden tegenover twee commissieleden, zijn de aantekeningen van de hoorzitting op 16 januari 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 18 januari 2017 respectievelijk 20 januari 2017 gereageerd op voornoemde aantekeningen. Afschriften hiervan zijn op 27 januari 2017 aan de wederpartij gezonden.
- 3.11. Bij brief van 27 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 1 februari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft in 2011 een aanvraag ingediend bij de zorgverzekeraar voor een tandheelkundige behandeling bestaande uit een kaakoperatie, het aanbrengen van twee implantaten en het plaatsen van kronen op de implantaten. De zorgverzekeraar heeft verzoekster destijds opgeroepen voor het spreekuur van de tandheelkundig adviseur. Naar aanleiding van diens bevindingen heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster een machtiging verleend voor de aangevraagde behandeling. In de beslissing van 23 juni 2011 heeft de zorgverzekeraar het volgende medegedeeld: *"Het recht op aanspraak voor vergoeding vanuit de basisverzekering in verband met agenesie is niet meer vast te stellen, waardoor in theorie de aanspraak kan worden afgewezen. Het verhaal dat u mij vertelde klinkt echter acceptabel. Daarom is DSW Zorgverzekeraar bereid om u, uit coulance, eenmalig en onverplicht, 50% van de kosten te vergoeden. Dat wil zeggen dat wij 50% zullen betalen van de kaakoperatie, 50% van de implantaten na plaatsing en 50% van de kronen die op de implantaten gemaakt moeten worden. Wij zullen hiervoor een machtiging afgeven volgens artikel 2.7 lid 1a- multipele agnesiën. Deze gedeelde aanspraak geldt ook voor een eventuele volgende brug of implantaten. Wanneer u de rekeningen naar ons opstuurt, zullen wij voor gedeeltelijke vergoeding zorgdragen onder verwijzing naar deze brief."*

-  4.2. Achteraf is gebleken dat op de toegezegde vergoeding het verplicht en vrijwillig eigen risico van toepassing is. Aangezien de zorgverzekeraar dit niet had vermeld in zijn beslissing van 23 juni 2011, heeft hij verzoekster bij brief van 17 september 2011 medegedeeld dat zij het in rekening gebrachte bedrag van € 495,71 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico niet hoefde te voldoen. Over de tandheelkundige verrichtingen die in 2012 zijn uitgevoerd, heeft verzoekster daarentegen wél het verplicht en vrijwillig eigen risico moeten voldoen.
-  4.3. De tandheelkundige behandeling is eind 2015 voortgezet. Verzoekster heeft de nota hiervan ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. De vergoeding hiervan is in eerste instantie afgewezen. Nadat verzoekster de zorgverzekeraar om heroverweging had gevraagd, is bevestigd dat de eerder toegezegde vergoeding van 50 percent zal worden verleend, waarbij wel het verplicht en vrijwillig eigen risico van toepassing is, omdat het een vergoeding ten laste van de zorgverzekering betreft. Verzoekster merkt op dat zij deze gang van zaken vreemd vindt. Aan de ene kant wordt door de zorgverzekeraar gesteld dat zij geen aanspraak heeft op tandheelkundige zorg op grond van de zorgverzekering, maar aan de andere kant wordt wel het verplicht en vrijwillig eigen risico berekend over de vergoeding van 50 percent. Volgens de zorgverzekeraar is een coulancevergoeding toegezegd, omdat hetgeen verzoekster destijds heeft aangevoerd acceptabel was. Verzoekster gaat er vanuit dat haar argumentatie, mede aan de hand van de overgelegde stukken, daartoe als voldoende bewijs diende. Hierdoor rijst de vraag waarom niet gewoon volgens de voorwaarden van de zorgverzekering een vergoeding is toegekend.
-  4.4. Nadat het verplicht en vrijwillig eigen risico werd toegepast op de vergoeding van 50 percent, was de daadwerkelijke vergoeding minimaal. Verzoekster heeft een en ander nagekeken op de website van de zorgverzekeraar, en hierop staat dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op volledige vergoeding van bijzondere tandheelkundige zorg. Hierbij is wel vermeld dat het deel van de kosten dat boven de maximale vergoeding uitkomt, voor eigen rekening blijft. Verzoekster heeft evenwel niet kunnen achterhalen wat de maximale vergoeding is. In het artikel wordt niets vermeld over een '50%-regeling'. Verzoekster verklaart dat zij een en ander destijds niet heeft nagekeken, omdat zij ervan uitging dat de zorgverzekeraar haar de beste regeling had voorgesteld.
-  4.5. De ter declaratie ingediende nota van december 2015 is door de zorgverzekeraar automatisch afgewezen, omdat verzoekster geen aanvullende ziektekostenverzekering heeft, en zij geen aanvraag had ingediend voor de betreffende behandeling. Verzoekster merkt op dat in de brief van 23 juni 2011 duidelijk staat vermeld dat de toezegging ook geldt voor een eventuele volgende brug. Daarom hoeft zij niet iedere keer, zoals de zorgverzekeraar meent, een aanvraag in te dienen.
-  4.6. Verzoekster vindt het merkwaardig dat de zorgverzekeraar stelt dat het nogal ongebruikelijk is om coulancehalve een vergoeding toe te kennen ten laste van de zorgverzekering, omdat er aanspraak bestaat op een verstrekking of niet. Dit zou volgens de zorgverzekeraar formeel inhouden dat de aanvraag had moeten worden afgewezen, omdat verzoekster haar stellingen ter zake van de indicatie niet kon bewijzen. Verzoekster merkt op dat zij de indicatie wél kon bewijzen, maar niet ten volle. Echter, hetgeen zij heeft ingebracht, was volgens de zorgverzekeraar acceptabel en daarom is toch een vergoeding toegezegd. Verzoekster merkt voorts op dat veel informatie, gezien haar leeftijd, gewoon niet meer is te achterhalen. De bruggen die zijn vervangen, waren 37 jaar oud.
-  4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij nooit heeft verzocht om een vergoeding ten laste van een aanvullende ziektekostenverzekering. In het advies van het Zorginstituut is gesteld dat zij geen indicatie heeft die aanspraak geeft op vergoeding van tandheelkundige zorg ten laste van de zorgverzekering, omdat de agensie niet is bewezen en ook niet meer kan worden bewezen. De zorgverzekeraar houdt vast aan de redenering dat de coulancevergoeding vanuit de zorgverzekering wordt toegepast. Dit volgt evenwel niet uit het advies van het Zorginstituut.

Verzoekster begrijpt dat de zorgverzekering niet van toepassing is. Echter, als de vergoeding niet ten laste van de zorgverzekering wordt verleend, kan het eigen risico niet op de vergoeding in mindering worden gebracht.

Het Zorginstituut reageert in zijn advies ook op de nota van de tandarts. Verzoekster heeft deze zelf betaald aan de tandarts, en zal dit verder zelf afhandelen.

In reactie op de mededeling van de zorgverzekeraar dat het een coulancevergoeding betreft en dat daarom het eigen risico moet worden herzien, heeft verzoekster gevraagd of dit ook met terugwerkende kracht geldt.

Gevraagd naar wat thans nog in geschil is, heeft verzoekster geantwoord dat van haar kant geen sprake meer is van een geschil. Zij merkt hierbij op dat zij vraagtekens heeft gezet bij de vergoeding van 50 percent omdat dit percentage niet in artikel 2.7 Bzv staat.

Verzoekster is het er niet mee eens dat zij steeds een nieuwe aanvraag moet indienen. Zij wil graag voor de toekomst weten waar zij aan toe is. Zij wil niet in een valkuil trappen. Als zij een nieuwe aanvraag indient, kan dit leiden tot een andere uitkomst.

Daarnaar gevraagd, vertelt verzoekster dat de brug linksboven nog moet worden vervangen, maar dat deze nu nog goed aanvoelt.

- 4.8. Verzoekster heeft bij brief van 18 januari 2017 gereageerd op de aan haar gezonden aantekeningen van de hoorzitting. Verzoekster mist in de aantekeningen dat zij ter zitting heeft gezegd dat de zorgverzekeraar in zijn brief van 23 juni 2011 heeft geschreven dat de coulancevergoeding ook geldt voor eventuele volgende bruggen of implantaten. Voorts blijkt uit voornoemde brief dat als de nota's ter declaratie worden ingediend, voor gedeeltelijke vergoeding zal worden zorg gedragen. Daarom kan feitelijk niet van haar worden verlangd dat zij steeds een nieuwe aanvraag moet indienen. Dat de zorgverzekeraar stelt dat het anders niet in zijn administratie kan worden verwerkt, is een interne gelegenheid. Dit kan echter geen probleem zijn voor de zorgverzekeraar, aangezien het dossier van verzoekster bij hem bekend is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Het geschil vindt zijn oorsprong in 2011. Verzoekster is destijds, naar aanleiding van een afgewezen declaratie, uitgenodigd voor het spreekuur van de adviserend tandarts. Tijdens het spreekuur heeft verzoekster verteld dat zij een zwak gebit heeft. Daarnaast heeft zij toegelicht dat meerdere melkelementen nooit zijn gewisseld, omdat de blijvende gebitselementen ontbraken: multipele agenesiën in tandheelkundige termen. Nadat de melkelementen verloren gingen, werden de ruimtes in eerste instantie opgevuld met partiële plaatprothesen, later gevolgd door bruggen. Deze brugconstructies waren in 2011 toe aan vervanging. Bewijzen van de multipele agenesiën waren desgevraagd niet meer voorhanden. Het enige dat verzoekster kon melden, was dat haar dochter ook een aantal blijvende gebitselementen mist. Een 'oorzakelijke samenhang' is hiermee evenwel niet vastgesteld. Het recht op aanspraak ten laste van de basisverzekering kon derhalve niet worden bewezen. Daarom bestond geen aanspraak op vergoeding. Echter, omdat het verhaal van verzoekster ten aanzien van haar voorgeschiedenis aannemelijk klonk, heeft de adviserend tandarts besloten coulancehalve en onverplicht een vergoeding te verlenen van 50 percent van de kosten van de behandeling. Deze vergoeding heeft de zorgverzekeraar verleend op grond van artikel 2.7 lid 1 sub a Bzv en kwam derhalve ten laste van de zorgverzekering.

In de brief van 23 juni 2011 heeft de zorgverzekeraar toegezegd dat de gedeelde aanspraak, oftewel de vergoeding van 50 percent, ook geldt voor een eventuele volgende brug of implantaten.

- 5.2. Aangezien verzoekster geen aanvullende ziektekostenverzekering had afgesloten, was een coulancevergoeding ten laste van die verzekering niet mogelijk. Daarom heeft de zorgverzekeraar destijds aangeboden om 50 percent van de kosten te vergoeden ten laste van de zorgverzekering als "gedeeltelijke en onbewezen aanspraak". Bij brief van 23 juni 2011 is een machtiging afgegeven voor deze vergoeding op grond van artikel 2.7 lid 1 sub a Bzv: multipele agenesiën. In deze brief is verzuimd verzoekster erop te wijzen dat vergoedingen ten laste van de zorgverzekering gevolgen

kunnen hebben voor het eigen risico. Vervolgens is een machtiging afgegeven aan de kaakchirurg voor de plaatsing van implantaten.

Achteraf is de zorgverzekeraar gebleken dat verzoekster een vrijwillig eigen risico had van € 500,--. Hierdoor had zij in 2011 een verplicht en vrijwillig eigen risico van totaal € 670,--. Omdat in voornoemde brief was verzuimd te vermelden dat de vergoeding gevolgen zou hebben voor het eigen risico, is in 2011 besloten de toegekende coulancevergoeding niet te verrekenen met het eigen risico.

- 5.3. Op 4 mei 2012 is een declaratie ontvangen voor drie kronen rechtsboven ten bedrage van totaal € 2.848,23. Conform voornoemde afspraak zijn deze kosten voor 50 percent ten laste van de zorgverzekering vergoed.
Op 11 oktober 2012 is een declaratie ontvangen voor een 5-delige brug ten bedrage van € 2.560,38. Deze nota is eveneens conform afspraak voor 50 percent ten laste van de zorgverzekering vergoed. Op deze vergoeding is zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico ingehouden. In totaal een bedrag van € 720,--.
Op 6 november 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld, als aanvulling op de brief van 23 juni 2011, dat de bruggen ten laste de zorgverzekering zijn vergoed, waardoor het eigen risico werd aangesproken. In deze brief is tevens vermeld dat omwille van een correcte administratieve afhandeling eventuele volgende bruggen door de tandarts dienen te worden aangevraagd.
- 5.4. In december 2015 heeft verzoekster een nieuwe nota gedeclareerd, zonder voorafgaand een aanvraag te hebben ingediend. Hierdoor werd de declaratie automatisch afgewezen op grond van het niet hebben van een aanvullende ziektekostenverzekering. Omdat geen aanvraag was ingediend, zoals in de brief van 6 november 2012 expliciet is medegedeeld, heeft geen terugkoppeling plaatsgevonden naar de eerdere correspondentie. De nota van december 2015 betrof de voorbehandeling van een brug linksonder en werd in januari 2016 gevolgd door de nota van de definitieve brug.
Op de nota van 18 december 2015 zijn de codes R80/R85 en T82 ten onrechte door de tandarts in rekening gebracht, aangezien deze codes al in het tarief van code R24 zijn inbegrepen. Ofschoon beide behandelingen hetzelfde werkstuk omvatten, wordt door de uitvoering in twee verschillende kalenderjaren voor elk jaar het eigen risico aangesproken.
- 5.5. Het is ongebruikelijk coulancehalve een vergoeding te verlenen ten laste van de zorgverzekering. Immers, er bestaat aanspraak op een verstrekking of niet. Strikt formeel had de zorgverzekeraar de aanvraag dan ook moeten afwijzen. Net zomin als verzoekster haar relaas kon onderbouwen, kon de adviserend tandarts de agnesiën ontkennen of bevestigen. Vandaar het 'Salomons oordeel' om een 'gedeelte' aanspraak toe te kennen. Dit is destijds met verzoekster gecommuniceerd.
Op vergoedingen ten laste van de zorgverzekering is vrijwel altijd het eigen risico van toepassing. Omdat dit in de brief van 23 juni 2011 niet was gemeld, is destijds extra coulance betracht door de nota's van de kaakchirurg niet onder het eigen risico van 2011 te laten vallen. Daarna had verzoekster kunnen weten dat het eigen risico van toepassing was en had zij desgewenst het vrijwillig eigen risico kunnen beperken.
- 5.6. Het is correct dat op de website van de zorgverzekeraar niet is vermeld dat een maximumbedrag geldt voor vergoedingen voor bijzondere tandheelkunde. Het gaat primair om de vraag of aanspraak bestaat op bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering. Het was en is verzoekster bekend dat zij formeel geen recht heeft op vergoeding, maar dat haar een coulancevergoeding is toegezegd van 50 percent van de kosten ten laste van de zorgverzekering. Bovendien is haar sinds 6 november 2012 bekend dat het eigen risico hiervoor wordt aangesproken.
- 5.7. In haar brief van 14 maart 2016 verwijst verzoekster naar de website van de zorgverzekeraar, waar het volgende staat vermeld: *"In de bijzondere tandheelkunde/orthodontie kan het zijn dat er een gedeelte van de behandeling niet vergoed wordt uit de basisverzekering en de vergoeding van dit deel kan worden vergoed conform de aanvullende verzekering"*. Zoals reeds is vermeld, heeft

verzoekster geen aanvullende verzekering afgesloten. Deze mogelijkheid is voor verzoekster dan ook uitgesloten.

- 5.8. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in 2011 een coulancevergoeding is toegezegd waarbij 50 percent van de kosten van de tandheelkundige behandeling zal worden vergoed, omdat niet kon worden vastgesteld of sprake was van agenesie. Destijds is besloten de coulancevergoeding ten laste van de zorgverzekering te brengen. In de betreffende brief is verwezen naar artikel 2.7 Bzv. De vergoeding is (deels) verrekend met het eigen risico. De zorgverzekeraar realiseert zich nu dat voornoemde constructie formeel gezien waarschijnlijk niet kan. Thans moet worden geconcludeerd dat de betreffende vergoeding een coulancevergoeding betreft en geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Dit heeft tot gevolg dat het over de betreffende vergoeding berekende eigen risico moet worden herzien. In reactie op de vraag van verzoekster of dit met terugwerkende kracht geldt, antwoordt de zorgverzekeraar dat moet worden gekeken naar hoe een en ander is verlopen vanaf het moment dat de afspraak is gemaakt. Dit geldt ook voor het eigen risico. Ter zake van het vooraf aanvragen van de behandeling merkt de zorgverzekeraar op dat iedere aanvraag voor coulance bij de directie moet worden voorgelegd, en dat een coulancevergoeding ook kan worden gestaakt.

- 5.9. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 20 januari 2017 aan de commissie medegedeeld dat hij het eens is met de inhoud van de aantekeningen van de hoorzitting.

- 5.10. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek - voor zover dit ziet op het voorafgaand aanvragen van de behandeling - dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 14 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 (i) of verzoekster aanspraak heeft op volledige vergoeding van de onderhavige tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering, en indien dit niet het geval is, (ii) of zij het verplicht en vrijwillig eigen risico verschuldigd is over de door de zorgverzekeraar toegezegde gedeeltelijke (coulance)vergoeding.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde kan gebruik maken van zowel gecontracteerde als van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 16 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 33 van de zorgverzekering (2015) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

lid 2.4 Mondzorg in bijzondere gevallen

lid 2.4.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen, waaronder het plaatsen van een implantaat, wanneer een gebit zonder die mondzorg niet de normale functie kan houden of krijgen die het zonder de aandoening zou hebben gehad wanneer er sprake is van:

- a. een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel; of*
- b. een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of*
- c. een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.*

(...)”

In de zorgverzekering van 2016 was een vergelijkbare bepaling opgenomen.

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering (2015) regelt het verplicht en vrijwillig eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

”lid 1 Verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 375,- per jaar. U moet dus de eerste € 375,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering van ons zou hebben ontvangen, zelf betalen. Pas daarna vergoeden wij u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het verplicht eigen risico staat op de polis vermeld. De hoogte van het verplicht eigen risico stelt de overheid jaarlijks vast en is bij alle zorgverzekeraars gelijk.

lid 2 Vrijwillig eigen risico

Naast het verplicht eigen risico kunt u, als u 18 jaar of ouder bent, kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Zonder verdere afspraak bedraagt het vrijwillig eigen risico € 0,-. Met uitzondering van het bepaalde in lid 8 en lid 9 van dit artikel kiest u een vrijwillig eigen risico voor de duur van een jaar en kunt u deze gedurende het jaar niet wijzigen.

lid 3 Hoogte vrijwillig eigen risico

Elke verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per jaar bovenop het verplicht eigen risico. Indien u een vrijwillig eigen risico kiest, krijgt u korting op de premie zoals vermeld in de premiebijlage (Bijlage 1).

(...)”

In de zorgverzekering van 2016 was een vergelijkbare bepaling opgenomen, zij het dat het verplicht eigen risico in dat jaar € 385,- bedroeg.

- 8.5. De artikelen 9 en 33 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn opgenomen in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv.
- Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 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 zorgverzekeraar 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

Ten aanzien van de in 2012 uitgevoerde behandeling

- 9.1.  Ten aanzien van de toegekende vergoeding voor de in 2012 uitgevoerde behandeling en het hierover in rekening gebrachte verplicht en vrijwillig eigen risico overweegt de commissie als volgt. In artikel 5 lid 3 van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is bepaald dat het verzoek binnen één jaar, ná het handelen of nalaten dat tot het geschil aanleiding heeft gegeven, moet worden ingediend bij de commissie. Als de klacht eerst is behandeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen (hierna: de Ombudsman) wordt voornoemde termijn verkort tot drie maanden, te rekenen vanaf de dag waarop de Ombudsman zijn bevindingen schriftelijk aan de verzoeker kenbaar heeft gemaakt. In de onderhavige situatie zijn deze termijnen ruimschoots overschreden. Daarom is het verzoek, voor zover het ziet op het jaar 2012, niet-ontvankelijk. Dat de zorgverzekeraar ter zitting heeft toegezegd nog te zullen kijken naar het berekende eigen risico van de jaren vóór 2015 doet aan het voorgaande niet af.

Ten aanzien van de in 2015 uitgevoerde behandeling

- 9.2.  De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar tijdens de hoorzitting heeft medegedeeld dat de onderhavige vergoeding op basis van coulance is toegekend, en dat de vergoeding om die reden niet ten laste van het eigen risico 2015 komt. De zorgverzekeraar zal de eerdere beslissing daarom op dit punt herzien. Verzoekster heeft ter zitting medegedeeld dat hierdoor op dit punt geen geschil meer bestaat. Daarom behoeft dit onderdeel van het verzoek geen verdere behandeling.
- 9.3.  Aangezien de zorgverzekeraar lopende de procedure heeft besloten alsnog tegemoet te komen aan het verzoek voor zover het het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 betreft, dient hij tevens het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Indienen aanvraag

- 9.4.  De zorgverzekeraar heeft bij brief van 6 november 2012 aan verzoekster medegedeeld dat zij in het vervolg voorafgaand aan een behandeling door de tandarts een aanvraag moet indienen. Verzoekster maakt hiertegen bezwaar, omdat in 2011 een machtiging is verleend waardoor het indienen van een voorafgaande aanvraag volgens haar overbodig is. De commissie overweegt dat het vereisen van een voorafgaande aanvraag niet onredelijk is. Hierdoor kan de zorgverzekeraar voorafgaand aan een behandeling beoordelen of deze onder de eerder verleende machtiging valt en de behandeling al dan niet accorderen. Daarnaast wordt hierdoor voorkomen dat een ter declaratie ingediende nota ten onrechte wordt afgewezen.

Conclusie

- 9.5.  Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover het ziet op de toegekende vergoeding voor de in 2012 uitgevoerde behandeling en het hierover in rekening gebrachte verplicht en vrijwillig eigen risico, niet-ontvankelijk is.
- 9.6.  Partijen verschillen niet langer van mening over het feit dat de onderhavige vergoeding op basis van coulance is toegekend, en dat daarom het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 hierop niet van toepassing is.
- 9.7.  Het door de zorgverzekeraar vereisen van een voorafgaande aanvraag is niet onredelijk.

 9.8. Aangezien de zorgverzekeraar lopende de procedure heeft besloten alsnog tegemoet te komen aan het verzoek voor zover het het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 betreft, dient hij tevens het entreegeld van € 37,-- aan verzekerde te vergoeden.

 10. Het bindend advies

 10.1. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de behandeling uit 2012 is het niet-ontvankelijk.

 10.2. De commissie stelt hetgeen onder 9.2 is omschreven vast.

 10.3. De commissie acht het door de zorgverzekeraar vereisen van een voorafgaande aanvraag niet onredelijk.

 10.4. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

 Zeist, 22 februari 2017,

 J.A.M. Strens-Meulemeester