

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Mondzorg, eigen risico, eigen bijdrage
Zaaknummer : 2011.00853
Zittingsdatum : 13 juni 2012

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, 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 basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 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 vergoeding van tandheelkundige behandelingen in de jaren 2010 en 2011, een en ander onder aftrek van het wettelijk verplicht eigen risico, haar vrijwillig eigen risico en de eigen bijdrage voor een prothese (hierna: de aanspraak).
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoekster door middel van diverse brieven medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen, met dien verstande dat een deel van de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komt. Het deel dat wel voor vergoeding in aanmerking komt, is verrekend met het eigen risico van verzoekster; daarnaast is de eigen bijdrage voor een prothese in rekening gebracht.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 juni 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten coulancehalve en eenmalig de herinneringskosten ter hoogte van € 231,47 voor zijn rekening te nemen. Voor het overige heeft de bemiddeling niet tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar geleid.
- 3.5. Bij brief van 22 januari 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is haar alsnog € 1.573,79 ter zake van de onderhavige tandheelkundige behandelingen te betalen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 maart 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De zorgverzekeraar heeft op 4 juni 2012 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. Verzoekster heeft op 7 juni 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft voor de jaren 2010 en 2011, naast het wettelijk verplicht eigen risico, een vrijwillig eigen risico gekozen van € 500,--. In verband met problemen met haar gebit, heeft zij zich tot haar tandarts gewend. De tandarts stelde voor alle tanden in haar onderkaak te trekken en daarna een prothese te plaatsen. Dit zou volgens hem volledig worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Aangezien echter problemen ontstonden met de (onder)prothese, heeft de tandarts een aanvraag ingediend voor twee implantaatbehandelingen, te weten voor de boven- en onderkaak. Bij brief van 5 oktober 2010 heeft de zorgverzekeraar hiervoor een machtiging afgegeven. Verzoekster stelt dat zij enkel een implantaatbehandeling van de onderkaak heeft ondergaan. De tandarts heeft haar bovenkaak voorzien van een nieuwe prothese. Volgens verzoekster dient deze (boven)prothese conform de voorwaarden volledig te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Zij blijft echter nota's ontvangen, terwijl bovendien bijkomende kosten bij haar in rekening worden gebracht.
- 4.2. Verzoekster stelt voorts dat de zorgverzekeraar geen duidelijkheid verschaft inzake de wijze waarop het eigen risico, de eigen bijdrage en de kosten die niet voor vergoeding in aanmerking komen, zijn berekend ter zake van de tandheelkundige behandelingen. Hierdoor is haar vertrouwen in de zorgverzekeraar geschaad. Haar financiële middelen zijn zeer beperkt. Zij ging ervan uit dat zij maximaal € 380,-- (eigen risico en eigen bijdrage) zou moeten betalen ter zake van de tandheelkundige behandelingen. De zorgverzekeraar heeft van het totaalbedrag van € 4.734,27 slechts € 2.780,48 vergoed. Derhalve heeft zij nog recht op € 1.573,79 (€ 4.734,27 - € 380,-- - € 2.780,48).
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft voor de jaren 2010 en 2011, naast het wettelijk verplicht eigen risico van € 165,-- respectievelijk € 170,--, een vrijwillig eigen risico gekozen van € 500,--. Door verzoekster zijn vier nota's ingediend ter zake van tandheelkundige behandelingen; drie in 2010 en één in 2011. De eerste nota uit 2010 heeft een totaalbedrag van € 410,14. Van dit bedrag is € 138,88 verrekend met het eigen risico 2010. De tweede nota uit 2010 heeft een totaalbedrag van € 294,11, en van dit bedrag is € 232,62 verrekend met het eigen risico. De derde nota uit 2010 heeft een totaalbe-

drag van € 1.175,07. Van dit bedrag is € 261,97 verrekend met het eigen risico 2010. De nota uit 2011 heeft een totaalbedrag van € 2.555,91, en van dit bedrag is € 670,-- verrekend met het eigen risico 2011. Derhalve is voor het jaar 2010 in totaal € 633,47 ten laste van het eigen risico gekomen, en voor het jaar 2011 € 670,--.

- 5.2. De zorgverzekeraar stelt dat verzoekster veelvuldig contact heeft gezocht om duidelijkheid te krijgen over de vergoedingen van de tandheelkundige behandelingen. Eén van de misverstanden betreft de betaling van de tandartsnota's. De zorgverzekeraar betaalt een nota altijd aan de verzekerde indien deze niets over de wijze van betaling op de nota heeft vermeld. Verzoekster heeft op geen enkele tandartsnota aangegeven aan wie de nota moest worden voldaan. Daarom zijn de tandartsnota's rechtstreeks aan verzoekster uitbetaald. Daarnaast kwamen de nota's slechts gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking. Blijkbaar was verzoekster in de veronderstelling dat de zorgverzekeraar de tandartsnota's rechtstreeks aan de tandarts zou betalen. Omdat dit niet het geval is geweest, ontving zij herinneringsnota's met bijkomende kosten. De zorgverzekeraar is verzoekster coulancehalve en eenmalig tegemoet gekomen door haar de herinneringskosten ter hoogte van € 231,47 te vergoeden.
- 5.3. Met betrekking tot de eigen bijdrage voor een prothese merkt de zorgverzekeraar op dat de tandarts op 11 februari 2011 de kosten van de boven- en onderprothese bij verzoekster in rekening heeft gebracht. Omdat de eigen bijdrage per kaakdeel € 125,-- is, heeft de zorgverzekeraar terecht een bedrag van in totaal € 250,-- ingehouden.
- 5.4. De zorgverzekeraar voert voorts aan dat verzoekster voldoende duidelijkheid is verschaft over hoe de tandartsnota's zijn verwerkt. De zorgverzekeraar heeft conform de geldende voorwaarden gehandeld, en vertrouwt erop dat de tegemoetkoming in de herinneringskosten door verzoekster op prijs wordt gesteld.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering (2010-2011) is de commissie 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 of de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg

of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 38 van de zorgverzekering (2010) en de artikelen 19 tot en met 40 van de zorgverzekering (2011).

Artikel 9 van de zorgverzekering (2010) regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 9 – Verplicht eigen risico

lid 1

Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 165,- per kalenderjaar.

(...)

Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:

- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden (...)*
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.(...)*
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.*
- De kosten van mondzorg, voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar, zoals omschreven in lid 4 van artikel 31 Mondzorg, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.*
- De kosten voor bruikleen van hulpmiddelen.(...)*

lid 3

Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

lid 4

Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, zoals bedoeld in dit artikel, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken. (...)”

Eenzelfde regeling is voor het jaar 2011 opgenomen in artikel 9 van de zorgverzekering (2011), met dien verstande dat het verplicht eigen risico voor dat jaar € 170,- bedraagt.

Artikel 10 van de zorgverzekering (2010) regelt het vrijwillig eigen risico. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Artikel 10 – Vrijwillig gekozen eigen risico

lid 1

Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

lid 2

Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan voor de verzekering een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar overeenkomen.

lid 3 Indien een vrijwillig gekozen eigen risico wordt overeengekomen, geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld op de premiebijlage.

lid 4

Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:

- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden (...)*
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent*
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;*

- De kosten van mondzorg, voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar, zoals omschreven in lid 4 van artikel 31 Mondzorg, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese
- De kosten voor bruikleen van hulpmiddelen.

lid 5

Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 9, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

(...)

lid 8

Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.(...)"

Eenzelfde regeling is voor het jaar 2011 opgenomen in artikel 10 van de zorgverzekering.

Artikel 31 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

lid 7

De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 125,- per kaak.

(...)

lid 13

Gebitsprothese:

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen de kosten voor vergoeding in aanmerking van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

(...)"

Eenzelfde regeling is voor het jaar 2011 in artikel 32 van de zorgverzekering opgenomen.

- 8.3. De artikelen 9, 10 en 31 van de zorgverzekering (2010) onderscheidenlijk 10 en 32 van de zorgverzekering (2011) zijn volgens artikel 2 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.

Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.

8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat voor verzoekster het wettelijk verplicht eigen risico in 2010 € 165,-- bedroeg en in 2011 € 170,--. Daarnaast had verzoekster in beide jaren een vrijwillig eigen risico van € 500,-- per jaar. Het totale eigen risico komt hiermee op € 665,-- (2010) respectievelijk € 670,-- (2011).

9.2. Verzoekster heeft een implantaatbehandeling van de onderkaak ondergaan. Haar boven- en onderkaak zijn voorzien van een prothese. De kosten van de implantaatbehandelingen zijn conform artikel 31 van de zorgverzekering (2010) en artikel 32 van de zorgverzekering (2011) volledig vergoed. De kosten van de protheses zijn conform artikel 31 lid 13 van de zorgverzekering (2010) en artikel 32 lid 13 van de zorgverzekering (2011) voor 75 percent vergoed.

9.3. In het jaar 2010 is in totaal € 633,47 bij verzoekster in rekening gebracht, welk bedrag ziet op het verplicht en het vrijwillig eigen risico. Gesteld noch gebleken is dat het hier zorg betreft die van het eigen risico is uitgesloten. Voorts overstijgt dit bedrag het totale eigen risico van verzoekster in dat jaar, ter hoogte van € 665,--, niet. Daarnaast zijn diverse bedragen bij verzoekster in rekening gebracht ter zake van tandheelkundige behandelingen. Een gedeelte van deze bedragen (€ 286,46) betreft kosten die niet zijn gedekt onder de zorgverzekering, en die daarom enkel voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van een aanvullende ziektekostenverzekering voor tandartskosten. Nu verzoekster een dergelijke verzekering niet heeft afgesloten, brengt de zorgverzekeraar deze bedragen terecht bij haar in rekening. Voorts kwam van het bedrag van € 185,17 slechts 75 percent voor vergoeding in aanmerking. Het restant is voor rekening van verzoekster. Onder 9.2 is reeds opgemerkt dat dit ingevolge de polisvoorwaarden correct is. Derhalve is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar voor het jaar 2010 het verplicht en vrijwillig eigen risico juist heeft toegepast (€ 633,47), en terecht diverse bedragen bij verzoekster in rekening brengt ter zake van de ondergane tandheelkundige behandelingen (€ 332,75), hetgeen neerkomt op een bedrag van € 966,22 (€ 633,47 + € 332,75) voor 2010.

9.4. In het jaar 2011 is in totaal € 670,-- bij verzoekster in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Gesteld noch gebleken is dat het hier zorg betreft die van het eigen risico is uitgesloten. Genoemd bedrag is gelijk aan het totale eigen risico van verzoekster in dat jaar. Daarnaast is twee maal de eigen bijdrage voor een prothese in rekening gebracht. Door verzoekster is gesteld dat deze slechts éénmaal in rekening mocht worden gebracht aangezien zij enkel een implantaatbehandeling aan haar onderkaak heeft ondergaan, en niet aan haar bovenkaak. Dit berust op een misvatting van verzoekster. Uit de polisvoorwaarden volgt dat voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, een eigen bijdrage is verschuldigd van € 125,- per kaak. Uit de rekening van de tandarts van 16 februari 2011 ("11/2/2011 002 J50 Boven- en onderprothese 1 € 532,11") blijkt dat zowel een boven- als een onderprothe-

se is geplaatst. De zorgverzekeraar brengt dan ook terecht twee maal € 125,- ter zake van de eigen bijdrage voor protheses bij verzoekster in rekening.

Derhalve heeft de zorgverzekeraar voor het jaar 2011 het verplicht en vrijwillig eigen risico juist toegepast, en heeft hij terecht twee maal de eigen bijdrage voor een prothese in rekening gebracht. Voor het jaar 2011 komt een en ander neer op een bedrag van € 920,- (€ 670,- + € 250,-).

- 9.5. De stelling van verzoekster dat zij dacht dat zij maximaal € 380,- (eigen risico en eigen bijdrage) zou moeten betalen ter zake van de tandheelkundige behandelingen, terwijl nu een veel groter bedrag voor haar rekening blijft, hetgeen haar mede vanwege haar beperkte financiële middelen slecht uitkomt, kan haar niet baten. Voor iedere verzekerde geldt een wettelijk verplicht eigen risico. Daarnaast kan een verzekerde kiezen voor een vrijwillig eigen risico, waar een korting op de premie tegenover staat. Verzoekster heeft gekozen voor de hoogste variant van het vrijwillig eigen risico. Nu zij deze keuze – naar moet worden aangenomen bewust – heeft gemaakt, mag er van worden uitgegaan dat zij op de hoogte is van de regeling inzake het eigen risico. Op kosten van zorg die worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, wordt het eigen risico toegepast. Verzoekster heeft tandheelkundige zorg genoten die deels is vergoed ten laste van de zorgverzekering. Zij had kunnen weten dat het eigen risico hierop van toepassing is. Daarnaast had verzoekster aan de hand van de polisvoorwaarden zelf kunnen nagaan dat niet alle kosten voor vergoeding in aanmerking komen, omdat deze niet verzekerd zijn of vallen onder de eigen bijdrage. Een en ander kan de zorgverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 juni 2012,

Voorzitter