



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Mondzorg, trekken elementen, gebitsprothese boven- en onderkaak, hoogte vergoeding,
eigen risico, eigen bijdrage

Zaaknummer : 201403354

Zittingsdatum : 4 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11, 19-22 Zvw, 2.7, 2.17-2.19 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

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

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Tandarts Polis 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van tandheelkundige behandelingen, bestaande uit het trekken van elementen en het vervaardigen van een gebitsprothese voor de boven- en onderkaak (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 23 april en 13 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een volledige gebitsprothese wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering, dat een gedeeltelijke gebitsprothese niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering, dat bedragen zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en dat verzoekster het eigen risico en eigen bijdragen verschuldigd is.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 december 2014 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 e-mailberichten van 16 en 31 maart 2015 en brief van 31 mei 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak tot een hoger bedrag in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 16 juni 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 juli 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.10. Bij brief van 22 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 augustus 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015090367) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat extracties en een partiële gebitsprothese buiten de te verzekeren prestaties krachtens de Zorgverzekeringswet vallen. Een volledige gebitsprothese valt er wel binnen en hiervoor geldt een eigen bijdrage van 25%. Verzoekster heeft een indicatie voor een uitneembare volledige prothese. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 oktober 2015 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 30 oktober 2015 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.12. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 november 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.13. Bij brief van 5 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en het onder 3.11 genoemde nagekomen stuk gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en het nagekomen stuk aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 11 november 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en het nagekomen stuk 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 altijd een mooi gebit gehad, maar zij kampte voortdurend met tandvleesontstekingen. Als gevolg van de slechte conditie van het tandvlees zouden tanden los kunnen gaan zitten, in combinatie met veel pijn. Ook zouden hart- en maagproblemen kunnen ontstaan. Gelet op deze (mogelijke) gevolgen voor haar gezondheid, heeft verzoekster op advies van haar tandarts en specialist elementen laten trekken en een gebitsprothese laten vervaardigen. Aangezien dit een emotioneel zware beslissing was, zijn niet alle elementen getrokken. Twee hoektanden in de onderkaak zijn blijven zitten, mede in verband met de stevigheid.
- 4.2. Voorafgaand aan de tandheelkundige behandeling, op 14 februari 2014, heeft telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden inzake de vergoeding van de gebitsprothese. Verzoekster heeft geïnformeerd naar de kosten, waarbij zij heeft medegedeeld dat de gebitsprothese zal worden vervaardigd op medische gronden én dat zij een polis heeft met een

vrijwillig eigen risico van € 300,-- en een aanvullende ziektekostenverzekering die dekking biedt voor tandartskosten, die is afgesloten op advies van de ziektekostenverzekeraar. Aan verzoekster werd door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat een volledige gebitsprothese gedeeltelijk wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering en dat het totaal van de door verzoekster afgesloten verzekeringen recht geeft op een vergoeding van 75% van de kosten. Bovendien werd haar verteld dat na een half jaar weer recht bestaat op een vergoeding voor het vervaardigen van een nieuwe definitieve gebitsprothese ten laste van de zorgverzekering. Na declaratie van de tandartsnota's bij de ziektekostenverzekeraar bleek echter dat slechts een gedeeltelijke vergoeding werd verleend. Hierop heeft verzoekster een klacht ingediend.

- 4.3. Op 25 oktober 2014 heeft wederom telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. Bij die gelegenheid heeft verzoekster haar verhaal verteld en is de afspraak gemaakt dat een en ander zou worden uitgezocht omdat interne fouten waren gemaakt. Tevens zou contact worden gezocht met de tandarts. Verzoekster zou met twee à drie werkdagen worden teruggebeld, maar dit is niet gebeurd. Dit is voor verzoekster aanleiding geweest om op 31 oktober 2014 nogmaals telefonisch contact op te nemen. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar deelde haar bij die gelegenheid mede dat er niets in het systeem stond, en daarom heeft verzoekster op 5 november 2014 per aangetekende brief nogmaals een klacht ingediend.
- 4.4. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat alle contacten, zowel schriftelijke als telefonische, worden vastgelegd, kan niet juist zijn. De telefonische contacten van 14 februari en 25 oktober 2014 en de brief van verzoekster van 5 november 2014 zijn namelijk niet in het systeem van de ziektekostenverzekeraar geregistreerd. Dit is een kwalijke zaak. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar voorafgaand aan de tandheelkundige behandeling verkeerd heeft geïnformeerd over (de vergoeding van) de gebitsprothese. Wellicht had de tandarts anders moeten handelen en op medische gronden alle elementen moeten trekken. Echter, volgens verzoekster heeft de tandarts te goeder trouw gehandeld en het beste met haar voor gehad. Verzoekster benadrukt dat de tandheelkundige behandeling medisch noodzakelijk was. De ziektekostenverzekeraar heeft nog gesuggereerd dat de door de tandarts gehanteerde codes niet correct zijn. Verzoekster kan en wil zich hier niet over uitlaten, aangezien zij niet bekend is met dergelijke codes. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster misleid en de declaratie niet correct verwerkt. Verzoekster heeft weinig vertrouwen meer in de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft onderhavig geschil voorgelegd aan een andere verzekeraar en deze deelde haar mede dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar in deze onbegrijpelijk en onjuist is, aangezien zij niet voor niets op medische gronden een gebitsprothese heeft laten vervaardigen. De ziektekostenverzekeraar dient een hogere vergoeding te verlenen.
- 4.5. Verzoekster licht toe dat zij op 11 juni 2015 een consult bij de specialist (tandtechnicus) heeft gehad. Er is onderzoek gedaan en de conclusie daarvan is dat de twee resterende hoektanden met spoed dienen te worden verwijderd. Dit in verband met de slechte conditie van het tandvlees en de pijn. Verzoekster stelt dat hiermee het advies van de tandarts en specialist om op medische gronden alle elementen te verwijderen, wordt onderstreept. Dit is ook de insteek geweest van het telefonische contact met de ziektekostenverzekeraar op 14 februari 2014: een volledige gebitsprothese voor zowel de boven- als onderkaak. Verzoekster is als leek afgegaan op het advies van de specialisten. Als er een betere en/of andere behandeling zou worden uitgevoerd, zou dat zijn in het belang van verzoekster. Zij is er door niemand op gewezen dat afwijking van het behandelplan financiële consequenties zou hebben. De ziektekostenverzekeraar verwijst enkel naar de codes die de tandarts heeft gefactureerd, echter verzoekster is hier niet verantwoordelijk voor. De ziektekostenverzekeraar dient bij de tandarts te informeren waarom is afgeweken van het advies en het initiële behandelplan. Verzoekster mag niet de dupe zijn; de ziektekostenverzekeraar en de tandarts dienen met een oplossing te komen.
- 4.6. Met betrekking tot het advies van het Zorginstituut stelt verzoekster dat daarin slechts één onderwerp wordt belicht, te weten de vergoedingsregeling. In het advies wordt voorbijgegaan aan

de kern van het geschil. Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar telefonisch heeft toegezegd dat de gehele prothese wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering op medische gronden. De vraag is wie haar beter had moeten informeren. Dit zou de tandarts kunnen zijn, maar mogelijk had de tandarts (ook) anders moeten handelen. Verzoekster is te goeder trouw het proces ingegaan.

4.7. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en bevestigd dat bij het telefonisch onderhoud op 14 februari 2014 is medegedeeld dat alle elementen in de onderkaak zouden worden getrokken en dat een volledige prothese zou worden vervaardigd en geplaatst. Voorts heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij de ziektekostenverzekeraar verwijt dat wordt gesuggereerd dat niet is gebeld en dat zij een leugenaar is. Tot slot heeft verzoekster verklaard dat zij al twee jaar niet normaal kan eten en daardoor dertig kilo is afgevallen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. 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. 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 een 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.

5.2. In de artikelen 6 tot en met 12 van de zorgverzekering is omschreven welke mondzorg onder de dekking valt. In de inleiding van de polisvoorwaarden wordt verwezen naar de brochure "Mondzorg" voor meer informatie.

Mondzorg voor volwassenen is in principe niet opgenomen in de zorgverzekering. Alleen in geval van bijzondere tandheelkundige hulp bestaat aanspraak op vergoeding. Met betrekking tot een volledige gebitsprothese zijn artikel 2.7 lid 5 Bzv en artikel 2.31 lid 3 Rzv van toepassing. Artikel 9 van de zorgverzekering biedt aanspraak op een **volledige** prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak. Er geldt een eigen bijdrage ter hoogte van 25% van de kosten van de voorziening. Deze bijdrage wordt in de voorwaarden de wettelijke bijdrage genoemd, en moet niet verward worden met het eigen risico.

Onder de zorgverzekering komt derhalve uitsluitend een volledige prothese voor vergoeding in aanmerking. Als sprake is van een gedeeltelijk kunstgebit voor de onder- of bovenkaak, zijn de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van toepassing.

5.3. In 2014 bedroeg het wettelijk eigen risico € 360,--. Daarnaast had verzoekster een vrijwillig eigen risico van € 300,--. Hierdoor gold voor verzoekster voor het jaar 2014 een eigen risico van totaal € 660,--. De ziektekostenverzekeraar verwijst naast de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.

Dit betekent dat de eerste € 660,-- van de zorgkosten die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, door verzoekster zelf moeten worden betaald.

Van het eigen risico is bijvoorbeeld huisartsenzorg uitgezonderd, maar mondzorg in de vorm van een volledig kunstgebit niet.

5.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Indien een verzekerde naar een tandarts gaat, worden de kosten van consulten (C-codes), een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) volledig vergoed. Van de overige codes wordt 75% van de kosten vergoed. De totale vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,-- per persoon per kalenderjaar.

- 5.5. Uit de ingediende declaraties en het contact met de tandarts (naar aanleiding van de klacht van verzoekster), blijkt dat de tandarts uitsluitend voor de bovenkaak een volledige prothese heeft aangemeten. Voor de onderkaak is een gedeeltelijke prothese aangemeten (de twee hoektanden zijn in eerste instantie blijven staan).
De kosten van de volledige bovenprothese zijn gedeclareerd aan de hand van P-codes. Hiervan wordt 75% vergoed ten laste van de zorgverzekering. Voor deze zorg geldt het eigen risico. De kosten van de gedeeltelijke onderprothese en het trekken van de tanden en kiezen zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (C-, M-, V- en H-codes).
De door verzoekster gemaakte kosten zijn zodoende deels vergoed ten laste van de zorgverzekering en deels ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De vergoeding is als volgt opgebouwd:
- € 168,11, waarvoor een eigen bijdrage van 25% geldt = € 42,03. De vergoeding ten laste van de zorgverzekering bedraagt 75% = €126,08. Zorgkosten die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed vallen onder het verplicht eigen risico. Van de eigen bijdrage wordt 75% vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering = € 31,52.
 - € 246,10, waarvoor eveneens een eigen bijdrage van 25% geldt = € 61,53. De vergoeding ten laste van de zorgverzekering bedraagt 75% = € 184,57. Hiervan wordt € 147,14 verrekend met het verplicht eigen risico (waarmee het verplicht eigen risico 2014 is volgemaakt), en het restant van € 37,43 met het vrijwillig eigen risico. Van de eigen bijdrage wordt 75% vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering = € 46,15.
 - Voor de overige kosten van de volledige bovenprothese geldt hetzelfde, dus 75% van € 14,01 = € 10,51 en 25% = € 3,50, en hiervan is 75% ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed = € 2,63. De vergoeding ten laste van de zorgverzekering is in zijn geheel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

Zodoende heeft verzoekster een bedrag ontvangen dat lager is dan 75% van de kosten van een volledige prothese voor de bovenkaak.

- 5.6. Alle contacten, zowel schriftelijke als telefonische, worden vastgelegd in het systeem van de ziektekostenverzekeraar.
Verzoekster stelt dat zij op 14 februari 2014 contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hierover is bij de ziektekostenverzekeraar echter niets bekend. Verzoekster heeft betoogd dat op voornoemde datum is gesproken over het laten aanmeten van een volledige prothese voor zowel de onder- als bovenkaak. Een volledige prothese wordt, als gezegd, voor 75% vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dat is conform de polisvoorwaarden.
Uit het systeem van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat op 30 april, 31 oktober en 8 december 2014 en 13 januari 2015 telefonische contacten met (de echtgenoot van) verzoekster hebben plaatsgevonden. De registraties hiervan zijn overgelegd.
Op 17 november 2014 heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van een klacht telefonisch contact gehad met verzoekster en haar echtgenoot en de assistente van de tandarts. Een verslag van dit contact (klachtafhandeling) is overgelegd.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar stelt dat in de polisvoorwaarden duidelijk is opgenomen dat het eigen risico van toepassing is op zorg die onder de zorgverzekering valt. Ook is de systematiek van het verplicht en vrijwillig eigen risico uiteengezet. Dat het eigen risico van toepassing is op de onderhavige vorm van mondzorg is daarnaast terug te vinden op het vergoedingenoverzicht (bladzijde 16), de brochure "Mondzorg" (bladzijden 8 en 13) en de website van de ziektekostenverzekeraar. De zorgverzekering biedt enkel dekking voor de kosten van een volledige gebitsprothese. Alle overige kosten (de kosten van de gedeeltelijke gebitsprothese en het trekken van tanden en kiezen) komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Dit zijn kosten die (deels) voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft op grond van deze verzekering een vergoeding gekregen voor de genoemde kosten tot een maximum van € 1.000,--.

5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het niet de bedoeling is geweest verzoekster als leugenaar weg te zetten. Er is enkel vastgesteld dat van het telefoongesprek, waarin is gesproken over een volledige prothese, geen aantekening is gemaakt. Juridisch gezien is het telefoongesprek niet meer relevant, aangezien geen volledige prothese is vervaardigd. Over de bovenprothese bestaat geen geschil. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat verzoekster verkeerd is voorgelicht door de tandarts. Een eventuele klacht over de tandarts dient echter elders te worden voorgelegd. Dit betreft een mogelijke aansprakelijkheidskwestie. De ziektekostenverzekeraar heeft geen schade geleden en hoeft alleen te vergoeden volgens de voorwaarden. De aan verzoekster verleende vergoeding is conform de polis. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering is totaal € 1.000,- vergoed.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak tot een hoger bedrag in te willigen, 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. De zorgverzekering betreft een combinatiepolis, zodat de verzekerde in bepaalde gevallen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en in andere gevallen gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 9 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat, meer specifiek uitneembare volledige prothesen, en luidt:

“U heeft aanspraak op het maken en plaatsen van de volgende prothesen:

a een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;

b een uitneembare volledige immediaatprothese;

c een uitneembare volledige vervangingsprothese;

d een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.

Voor deze prothesen geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%.

Laat u een volledige immediaatprothese, een bestaande uitneembare volledige prothese of een bestaande volledige overkappingsprothese repareren of rebasen? Dan hoeft u geen wettelijke eigen bijdrage te betalen.

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor aanspraak

1 Een tandarts of tandprotheticus moet de behandeling uitvoeren.

2 Als de prothese binnen 5 jaar of een immediaatprothese binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.

3 Laat u een gecombineerde boven- en onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten hoger dan € 1.230,-? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dit maximumbedrag is inclusief de maximale techniekkosten.

4 Laat u een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten voor een volledige bovenprothese hoger dan € 575,- of voor een volledige onderprothese hoger dan € 600,-? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dit maximumbedrag is inclusief de maximale techniekkosten."

- 8.4. Artikel 6 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

6.1 *Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2014 is het verplicht eigen risico € 360,- per verzekerde per kalenderjaar.*

6.2 Eerste € 360,- van uw zorgkosten betaalt u zelf

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. (...)"

- 8.5. Artikel 7 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering betreft het vrijwillig eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

7.1 *Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het overzicht van premiekortingen op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.*

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. (...)"

- 8.6. Artikel 9 van de 'Aanspraken en vergoedingen' en de artikelen 6 en 7 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.

Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.

Het eigen risico is geregeld in de artikelen 19-22 Zvw.

- 8.8. 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.

- 8.9. Het onderdeel 'Vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van tandheelkundige behandelingen en luidt, voor zover hier van belang:

"Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een Beter Af Tandarts Polis afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.

Gaat u naar een tandarts? Dan vergoeden wij 100% van de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes).

(...)

Vergoeding kosten overige behandelingen

Heeft u een Beter Af Tandarts Polis met 1, 2 of 3 sterren? Dan vergoeden wij de kosten van overige behandelingen voor maximaal 75%. Als u een Beter Af Tandarts Polis met 4 sterren heeft, is dat 100%.

(...)

Beter Af Tandarts Polis 3 sterren

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, V-codes en H-codes voor 100%.*
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.*
- De totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar.*

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 9 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bestaat - voor verzekerden van achttien jaar en ouder - aanspraak op uitneembare, volledige, prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak. Voor een dergelijke prothese geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. Voornoemde polisbepalingen zijn gebaseerd op artikel 2.7 lid 5 Bzv en artikel 2.31 lid 3 Rzv.

- 9.2. Verzoekster heeft ten behoeve van haar bovenkaak een volledige gebitsprothese laten vervaardigen en ten behoeve van haar onderkaak een gedeeltelijke gebitsprothese. In februari 2014 heeft een consult plaatsgevonden, in april 2014 zijn elementen getrokken en is de volledige gebitsprothese vervaardigd, waarna deze in juni 2014 is opgevuld. Vervolgens is in september 2014 de gedeeltelijke gebitsprothese vervaardigd en deze is in december 2014 opgevuld.

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de P-codes die zien op de volledige gebitsprothese vergoed ten laste van de zorgverzekering, waarbij een eigen bijdrage van 25% van de kosten in rekening is gebracht en conform de artikelen 6 en 7 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering verrekening met het verplicht en vrijwillig eigen risico heeft plaatsgevonden, hetgeen leidt tot de volgende berekening. De kosten van de volledige gebitsprothese bedragen € 168,11. De eigen bijdrage bedraagt € 42,03 en hiervan is 75% (€ 31,52) vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het resterende bedrag ad (€ 168,11 - € 42,03 =) € 126,08 is verrekend met het verplicht eigen risico. De techniekkosten ten behoeve van de volledige gebitsprothese bedragen € 246,10. De eigen bijdrage bedraagt € 61,53 en hiervan is 75% (€ 46,15) vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De resterende bedragen zijn verrekend met

het verplicht eigen risico (€ 147,14) en het vrijwillig eigen risico (€ 37,43). Voorts is tien maal code P40 (€ 14,01) vergoed ten laste van de zorgverzekering en verrekend met het vrijwillig eigen risico (10 x € 10,51). De resterende bedragen van € 3,50 zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Een bedrag van € 33,62 (behandeling volledig kunstgebit) is vergoed ten laste van de zorgverzekering. De eigen bijdrage bedraagt € 8,41 en hiervan is 75% (€ 6,31) vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het resterende bedrag (€ 25,21) is verrekend met het vrijwillig eigen risico.

De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van code C29 (studiemodellen) geweigerd omdat het maximum aantal is bereikt. Hierover heeft telefonisch contact met de assistente van de tandarts plaatsgevonden, en dit zou worden aangepast op de nota. Of en hoe hieraan vervolg is gegeven is de commissie niet bekend. Verzoekster heeft in onderhavige procedure in ieder geval niet specifiek gemotiveerd dat code C29 dient te worden vergoed, zodat de commissie dit punt verder laat rusten.

De codes die zien op de gedeeltelijke gebitsprothese zijn door de ziektekostenverzekeraar niet vergoed, omdat een dergelijke prothetische voorziening geen aanspraak in het kader van de zorgverzekering vormt. Op de tandartsnota's zijn onder meer de codes P15 en P18 vermeld en deze codes zien op een partiële prothese/gedeeltelijk kunstgebit.


- 9.4. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de vergoeding heeft verleend waarop zij recht heeft. De berekening van de eigen bijdragen en de verrekening met het verplicht en vrijwillig eigen risico heeft correct plaatsgevonden. Zodoende heeft verzoekster geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van tandheelkundige kosten. C-, M-, V- en H-codes worden tot 100% vergoed en de overige codes tot 75%. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft de C- en H-codes volledig vergoed. Dit betreft achttien codes die zien op het trekken van een tand of kies en een consult. Van de overige (P-)codes is 75% vergoed. Dit betreft de gedeeltelijke gebitsprothese, de bijbehorende techniekkosten en de behandeling/toeslag immediaat kunstgebit. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat met voornoemde vergoedingen de maximale vergoeding van € 1.000,- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is verleend. Verzoekster heeft dit niet gemotiveerd bestreden.
- 9.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat verzoekster de vergoeding voor tandheelkundige kosten waarop ingevolge de aanvullende ziektekostenverzekering recht bestaat, heeft ontvangen. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een hogere vergoeding.

Werking privaatrecht

- 9.7. Verzoekster heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar haar op 14 februari 2014 een telefonische toezegging heeft gedaan waaruit zij heeft afgeleid dat een gebitsprothese wordt vergoed en dat het totaal van de door haar afgesloten verzekeringen aanspraak biedt op 75% van de tandheelkundige kosten. Om die reden wenst zij een hogere vergoeding van de onderhavige tandheelkundige behandelingen dan de vergoeding die reeds is verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande bestreden. Volgens hem heeft op 14 februari 2014 geen telefonisch contact met verzoekster plaatsgevonden. Door verzoekster is niet toegelicht met wie zij op 14 februari 2014 zou hebben gesproken. Evenmin heeft zij aannemelijk gemaakt wat precies de inhoud van het gesprek is geweest. Bovendien is het de commissie onduidelijk wat verzoekster precies uit de vermeende toezegging heeft afgeleid, aangezien de inhoud hiervan overeenkomt met de geldende verzekeringsvoorwaarden. Dit kan gelegen zijn in de door verzoekster verschaft informatie, aangezien zij naar eigen zeggen enkel heeft gesproken over een "heel kunstgebit".



Bovendien zou de toezegging op 14 februari 2014 zijn gedaan, terwijl het consult bij de tandarts op 17 februari 2014 heeft plaatsgevonden. Het lag op de weg van verzoekster naar aanleiding van dit consult - waarin kennelijk is besloten twee hoektanden niet te trekken, ten gevolge waarvan geen **volledige** gebitsprothese is vervaardigd - nogmaals contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar teneinde naar de vergoeding van een partiële prothese te informeren. Hiervan is echter niet gebleken.




Een en ander leidt tot het oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat de ziektekostenverzekeraar een toezegging heeft gedaan waarbij hij, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een hogere vergoeding voor de onderhavige tandheelkundige behandelingen heeft toegezegd.




Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie



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

10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 november 2015,




A.I.M. van Mierlo