



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Mondzorg, prothese, overige tandheelkundige verrichtingen, hoogte vergoeding, eigen risico, toezegging, gewekt vertrouwen, schadeloosstelling
Zaaknummer : 201401171
Zittingsdatum : 8 april 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.7, 2.17 en 2.19 Bzv, 2.4 (oud) Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Aanvullende verzekering en Tand Beter Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van een gebitsprothese en de tandheelkundige behandelingen die hieraan vooraf gaan (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat van het begrote bedrag van € 1.314,20 maximaal € 1.077,-- zal worden vergoed. Uiteindelijk bleek de vergoeding nog lager.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 27 augustus, 27 november en 13 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 25 september 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 december 2014 medegedeeld dat in de laatste brief van verzoeker geen nieuwe feiten worden vermeld. Daarom verwijst de ziektekostenverzekeraar naar zijn correspondentie van 20 juni 2014. Een afschrift van de brief van 29 december 2014 is op 7 januari 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Aangezien de ziektekostenverzekeraar met voornoemde brief niet is ingegaan op de door de commissie gestelde vragen en evenmin de door de commissie opgevraagde stukken heeft toegezonden, heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar bij brief van 7 januari 2015 verzocht binnen één week deze vragen alsnog te beantwoorden en de gevraagde stukken alsnog toe te sturen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 januari 2015, na het verstrijken van voornoemde termijn, verzocht om één week uitstel. Dit uitstel is verleend. Na het verstrijken van de laatste termijn heeft de commissie evenmin voornoemde antwoorden en stukken ontvangen van de ziektekostenverzekeraar. Daarom is besloten de procedure voort te zetten op basis van de op dat moment in het dossier aanwezige informatie. Verzoeker is hiervan bij brief van 30 januari 2015 op de hoogte gesteld.
- 3.8. Bij brief van 4 februari 2015, door de commissie ontvangen op 9 februari 2015, heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog inhoudelijk gereageerd en de gevraagde stukken overgelegd. Bij brief van 10 februari 2015 heeft het secretariaat van de commissie aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat voornoemde brief en stukken ná het verstrijken van de gestelde termijn zijn ontvangen, en dat de commissie nog zal beoordelen of deze stukken in de procedure zullen worden betrokken of dat deze als tardief worden aangemerkt. Afschriften van de brief van de ziektekostenverzekeraar en de bijlagen zijn op 10 februari 2015 aan verzoeker gestuurd.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 april 2015 per e-mail medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 april 2015 telefonisch gehoord.
- 3.12. Zoals ter zitting is afgesproken, heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie op 8 april 2015 per e-mail een overzicht gestuurd van het verloop van het eigen risico 2012. Een afschrift hiervan is op 10 april 2015 aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld om binnen zeven dagen hierop te reageren. Verzoeker heeft hiervan geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. In mei 2012 heeft de tandarts bij verzoeker in de bovenkaak een ernstige vorm van parodontitis vastgesteld. De tandarts heeft verzoeker verteld dat de situatie snel zou verslechteren als niet direct zou worden ingegrepen. Verzoeker is daarom geadviseerd zijn tanden en kiezen te laten trekken en een prothese te laten aanmeten. De tandarts heeft voor de behandeling een begroting opgesteld. Deze begroting betreft een consult, het maken en beoordelen van een kaakoverzichtsfoto, het trekken van dertien elementen, een chirurgische verrichting, een tijdelijke voorziening (prothese) voor een langere periode per kaak, materiaal- en techniekkosten, en een tijdelijke zachte laag in het kunstgebit. De begrote kosten voor deze behandeling bedragen € 1.314,20.

Verzoeker heeft op 14 mei 2012 deze begroting telefonisch besproken met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft hem tijdens dit gesprek verteld dat de kosten volledig worden vergoed. Aangezien verzoeker deze informatie niet helemaal vertrouwde, is hij op 15 mei 2012 met de begroting naar het servicepunt van de ziektekostenverzekeraar gegaan. Aldaar is verzoeker uitgelegd dat zijn eigen bijdrage € 237,20 zou bedragen. Op zijn verzoek heeft de ziektekostenverzekeraar dit schriftelijk aan verzoeker bevestigd. Bij brief van 1 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat van voornoemde begroting een bedrag van € 1.077,-- voor vergoeding in aanmerking komt. In mei 2012 is met de behandeling gestart.

4.2. Bij brief van 15 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een machtiging verleend, inhoudende vergoeding van 75 percent van de kosten van een bovenprothese. Op 2 oktober 2012 is de volledige prothese geplaatst.

4.3. De behandelend tandarts heeft de kosten rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Deze heeft verzoeker een vergoedingsoverzicht gestuurd, waaruit blijkt dat de totale gedeclareerde kosten € 1.182,-- bedragen. Dit is ruim binnen de begrote kosten. Hiervan komt echter € 752,50 voor rekening van verzoeker. Dit is ruim het drievoudige van wat hem in het vooruitzicht was gesteld. Dit zou komen doordat de kosten van extractie slechts gedeeltelijk worden vergoed. Dit is echter niet eerder aan verzoeker kenbaar gemaakt, terwijl deze kosten duidelijk op de begroting zijn vermeld. Dat verzoeker het eigen risico verschuldigd zou zijn is hem evenmin voorafgaand aan de behandeling verteld. Pas in de beslissing van 1 juni 2012 is dit vermeld, maar toen had de behandeling al plaatsgevonden. Verzoeker voelt zich misleid door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 343,07 door middel van automatische incasso van de rekening van verzoeker afgeschreven. Daarnaast is aan verzoeker een factuur gestuurd voor € 403,69.

4.4. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar zeer onzorgvuldig heeft gehandeld en hem verkeerd heeft geïnformeerd. Hij stelt de ziektekostenverzekeraar volledig aansprakelijk voor alle gevolgen. Daarnaast stelt hij de ziektekostenverzekeraar in gebreke, omdat deze het via automatische incasso teveel betaalde bedrag nooit heeft terugbetaald, ondanks dat verzoeker hierom eerder heeft verzocht.

Verzoeker merkt hierbij op dat hij als gevolg van het onzorgvuldig handelen van de ziektekostenverzekeraar en het weinig empathisch vermogen om tot een oplossing te komen, hij depressief is geworden. Hij houdt de ziektekostenverzekeraar hiervoor verantwoordelijk en aansprakelijk. De depressiviteit komt voort uit alle slapeloze nachten, frustraties, ergernissen en zijn moeite hiermee om te gaan. Hij vordert daarom een schadeloosstelling ter compensatie van alle geleden immateriële schade.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in totaal een bedrag van ongeveer € 1.400,-- voor zijn rekening blijft. Dit is veel meer dan hem voorafgaand is voorgehouden. Hij benadrukt dat hij te goeder trouw heeft gehandeld en dat hij is afgegaan op de informatie van de tandarts en de ziektekostenverzekeraar.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een begroting ingediend voor een tandheelkundige behandeling. Bij brief van 1 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat op basis van deze begroting een bedrag van € 1.077,-- voor vergoeding in aanmerking komt. Dit bedrag is als volgt opgebouwd:

- code G911V: volledige vergoeding ten laste van de zorgverzekering, vergoeding € 39,80;
- code G921V: 75 percent vergoeding ten laste van de zorgverzekering, vergoeding € 402,90;
- eigen bijdrage G921V: volledige vergoeding, vergoeding € 134,30;

Codes A231, A321, J311, J215, J411: vergoeding 80 percent van de kosten tot maximaal € 500,--.

Hierbij is vermeld dat in 2012 het eigen risico € 220,-- bedraagt. Dit betekent dat de eerste € 220,-- aan zorgkosten die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, voor rekening van verzoeker komen. Voorts is vermeld dat eerder toegekende vergoedingen voor tandheelkundige zorg in 2012 niet zijn meegenomen in de berekening, maar wel invloed kunnen hebben op het uit te keren bedrag. Daarnaast is vermeld dat verzoeker aan de begroting geen rechten kan ontlenen.

- 5.2. Nadat de tandarts de nota's van de onderhavige behandeling ter declaratie had ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, heeft deze de volledige kosten aan de tandarts vergoed. Een deel van de kosten komt ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast is aan verzoeker de maximale vergoeding van € 500,-- toegekend ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op de vergoeding ten laste van de zorgverzekering diende het nog openstaande eigen risico van € 130,43 in mindering te worden gebracht. De bedragen die buiten de vergoeding vielen, zijn bij verzoeker in rekening gebracht, in totaal € 672,19.
Op 6 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar € 229,86 van verzoeker ontvangen en op 3 november 2012 € 32,90. Een probleemgericht consult van 12 juni 2012 is door de tandarts gecrediteerd.
Verzoeker dient derhalve nog een bedrag van € 380,73 aan de ziektekostenverzekeraar te betalen.
- 5.3. Op grond van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van een volledige prothetische voorziening. Hiervoor is een wettelijke eigen bijdrage van 25 percent verschuldigd. Deze wettelijke eigen bijdrage is ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aan verzoeker vergoed. De 'bijkomende kosten' van de prothese komen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking. Deze vergoeding bedraagt 80 percent van de kosten tot maximaal € 500,-- per kalenderjaar. Eerdere vergoedingen voor tandheelkundige zorg in 2012 worden hierop in mindering gebracht.
- 5.4. Verzoeker stelt voorafgaand aan de behandeling contact te hebben gehad met de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek zou hem zijn verteld dat ongeveer € 250,-- voor zijn rekening zou blijven. Van dit gesprek is geen notitie gemaakt. Van het gesprek van 14 mei 2012 is wel een notitie gemaakt. Hierin is vermeld dat 75 percent van de kosten van de gebitsprothese wordt vergoed, en de eigen bijdrage van 25 percent ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze informatie is correct. Het is de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat verzoeker verkeerd is geïnformeerd.
Met de brief van 1 juni 2012 is verzoeker geïnformeerd over het verplicht eigen risico en het in mindering brengen van eerdere vergoedingen voor tandheelkundige zorg in 2012 op de nog toe te kennen vergoeding. Verzoeker stelt hiervan niet op de hoogte te zijn geweest. Hij heeft er evenwel zelf voor gekozen te starten met de behandeling vóórdat hij voornoemde brief had ontvangen.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op het moment dat verzoeker de begroting indiende er reeds tandheelkundige behandelingen hadden plaatsgevonden die niet op de begroting stonden vermeld. De kosten hiervan zijn ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. In totaal zijn negen posten niet vermeld op de begroting. Weliswaar zijn de techniekkosten lager uitgevallen, maar dit weegt daar niet tegen op. Voor tandheelkunde staat nu nog € 380,73 open.
Gevraagd naar het bedrag van € 39,80 dat ten laste van het eigen risico is gebracht, terwijl in een ander overzicht staat dat het eigen risico al volgemaakt is, antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat deze op dit moment niet kan zien van welke datum het eerstgenoemde overzicht is. Het kan zijn dat een post is gecrediteerd, waardoor een deel van het eigen risico weer is open gevallen. De ziektekostenverzekeraar biedt aan een overzicht te maken van het verloop van het eigen risico over 2012. Dit aanbod wordt door de commissie aanvaard.
In reactie op de opmerking van de commissie dat door de tandarts tweemaal een intakeconsult is gedeclareerd, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat deze zich kan voorstellen dat dit mag, maar dat hij dit zal nagaan.

5.6. Bij e-mailbericht van 8 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie een overzicht gestuurd. Uit dit overzicht en de toelichting hierop blijkt dat de ziektekostenverzekeraar over 2012 een bedrag van € 220,-- aan eigen risico bij verzoeker in rekening heeft berekend. Voorts bevestigt de ziektekostenverzekeraar dat de tandarts het intakeconsult van 23 mei 2012 inderdaad ten onrechte heeft gedeclareerd. De tandarts zal dit corrigeren. De ziektekostenverzekeraar zal zijn vordering op verzoeker daarom verlagen met € 94,70. De verrichtingen "tijdelijke zachte laag in kunstgebit" van € 39,80 kloppen wel. Op 29 mei 2012 is deze zowel boven als onder aangebracht (en € 25,-- techniekkosten), en op 19 juni 2012 is boven de laag vervangen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van 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 verzoeker aanspraak heeft op een volledige vergoeding, dan wel een hogere vergoeding dan reeds is toegekend voor de onderhavige tandheelkundige behandeling, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

(...)

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

(...)"

8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering ziet op het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 220 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar

wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

(...)

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's). Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);

- verloskundige zorg en kraamzorg.

(...)

- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg VGZ;

- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;

- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

(...)"

- 8.5. De artikelen 7 en 28 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 (oud) Rzv. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.19 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 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.
- 8.8. Artikel 53 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor uitneembare, volledige gebitsprothesen en luidt:

"Omschrijving:

vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding: volledig"

- 8.9. Artikel 55 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half) jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

(...)

*Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:
80% tot maximaal € 500 per kalenderjaar"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 28 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een uitneembare volledige gebitsprothese. Hiervoor geldt een eigen bijdrage van 25 percent. De kosten van de volledige gebitsprothese van verzoeker bedragen € 631,10. De verschuldigde eigen bijdrage bedraagt dus € 157,78. De ziektekostenverzekeraar heeft € 506,10 ten laste van de zorgverzekering vergoed en € 125,- als eigen bijdrage ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. De eigen bijdrage is derhalve € 32,78 te laag vastgesteld. Aangezien dit niet in het nadeel van verzoeker is, zal de commissie dit punt verder laten rusten.

Eigen risico

- 9.2. Ingevolge artikel 7 van de zorgverzekering was verzoeker in 2012 maximaal € 220,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Tussen partijen is niet in geschil dat dit verplicht eigen risico tot het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog niet volledig was 'volgemaakt'. Voorts staat vast dat de kosten van een uitneembare gebitsprothese niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 130,43 ten laste van het eigen risico gebracht. Dit betrof een behandeling van 23 mei 2012. De overige kosten van deze verrichting zijn door de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoeker vergoed ten laste van de zorgverzekering. Bij brief van 27 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar geschreven dat hiermee het eigen risico voor 2012 was volgemaakt. Verzoeker heeft zulks niet bestreden. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Op grond van artikel 53 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor een uitneembare volledige gebitsprothese, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering. De aanspraak uit dit artikel staat los van de aanspraak op grond van artikel 55 van de aanvullende ziektekostenverzekering. In artikel 2.4 lid 3 (oud) Rzv is bepaald dat de wettelijke eigen bijdrage voor een uitneembare volledige gebitsprothese 25 percent bedraagt. Uit het overzicht van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat een bedrag van € 125,- als eigen bijdrage aan verzoeker is vergoed. Zoals in 9.1 reeds is berekend, is dit niet de volledige wettelijke bijdrage. Aangezien aan verzoeker in totaal de volledige kosten van de gebitsprothese zijn vergoed, laat de commissie dit punt verder rusten.
- 9.4. Op grond van artikel 55 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 80 percent van de kosten van alle tandheelkundige zorg tezamen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De commissie is gebleken dat de vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor gebitsprothesen op grond van artikel 53 van deze verzekering niet meetelt voor

voornoemd maximum. Uit het dossier blijkt dat ten behoeve van verzoeker een bedrag van € 500,- aan de tandarts is vergoed voor de onderhavige tandheelkundige zorg. Hiermee is ten behoeve van verzoeker de maximale vergoeding ten laste van artikel 55 van de aanvullende ziektekostenverzekering verleend.

- 9.5. Uit het overzicht van de uitgekeerde vergoedingen voor de onderhavige tandheelkundige zorg blijkt dat aan de tandarts tweemaal een intake consult (code A231) van € 94,70 gedeeltelijk is vergoed (€ 75,76) door de ziektekostenverzekeraar. Deze consulten hebben plaatsgevonden op 3 en 23 maart 2012. Uit de prestatiebeschrijvingbeschikking TB/CU-7019-02 van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat met deze code de volgende prestatie mag worden gedeclareerd: "*De eerste afspraak met een nieuwe patiënt. Tijdens dit consult wordt een patiëntenkaart aangemaakt, de status van het gebit geregistreerd, een medische anamnese afgenomen en het vervolgtraject besproken.*" Gezien deze omschrijving is de commissie van oordeel dat een intake consult slechts éénmaal per patiënt kan worden gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 8 april 2015 bevestigd dat het tweede intake consult ten onrechte is gedeclareerd door de tandarts. De kosten van dit tweede intake consult van € 94,70 worden daarom in mindering gebracht op de nog openstaande vordering.


Gerechtvaardigd vertrouwen


- 9.6. Verzoeker stelt dat hij niet correct dan wel niet volledig is geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar. Uit het dossier blijkt niet dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker onjuiste of onvolledige informatie heeft verstrekt. In de brief van 1 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar op grond van de door verzoeker ingediende begroting van 9 mei 2012 berekend dat een bedrag van € 1.077,- voor vergoeding in aanmerking komt. Hierbij is vermeld dat voor 2012 een verplicht eigen risico van € 220,- van toepassing is. Voorts is vermeld dat vergoedingen voor tandheelkundige zorg die reeds zijn toegekend in 2012 niet in de berekening zijn meegenomen, maar dat deze wel van invloed zijn op het uit te keren bedrag. Verzoeker is derhalve volledig geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar. Dat verzoeker de behandeling is gestart vóórdat hij de brief van 1 juni 2012 had ontvangen, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Evenmin kan worden gezegd dat de beslissing van de ziektekostenverzekeraar in deze te lang op zich heeft laten wachten, aangezien deze is gegeven binnen drie weken na ontvangst van de begroting.
- 9.7. De commissie merkt op dat de door de tandarts gedeclareerde kosten voor de onderhavige behandeling enigszins afwijken van de begroting van 9 mei 2012. De volgende verrichtingen stonden niet op de begroting, maar zijn wel door de tandarts gedeclareerd: een probleemgericht consult, een tweede intake consult, het maken en beoordelen van een tweede kaakoverzichtsfoto, en een tussentijdse beoordeling tandvleesbehandeling. Ook de kosten van de uitneembare volledige gebitsprothese stonden niet op de begroting. Hierdoor zijn de kosten van de behandeling hoger uitgevallen dan was begroot, waardoor een hoger bedrag voor rekening van verzoeker is gebleven. Ook dit kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Alleen de kosten van het tweede intake consult zijn, zoals reeds in 9.5 is vastgesteld, ten onrechte in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft reeds toegezegd het bedrag van € 94,70 op de openstaande vordering in mindering te brengen. Daarnaast is door de tandarts het probleemgericht consult van 12 juni 2012 gecrediteerd.


Schadeloosstelling


- 9.8. Gezien het voorgaande ziet de commissie geen aanleiding verzoeker een schadeloosstelling toe te kennen.


Conclusie


 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover dit het tweede intake consult van € 94,70 betreft, zoals bepaald in 9.5. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.

 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, zoals bepaald in 9.9. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar reeds heeft toegezegd de kosten van het tweede intake consult van € 94,70 in mindering moet brengen op de nog openstaande vordering.

 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

 Zeist, 20 mei 2015,










mr. drs. P.J.J. Vonk