



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Farmaceutische zorg, eigen bijdrage, mondzorg, vergoeding gebitsprothese
Zaaknummer : 201601550
Zittingsdatum : 25 januari 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.7 en 2.8 Bzv, 2.5, 2.31 en Bijlage 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, 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 Zorg-op-maatpolis (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 vergoeding van tandheelkundige behandelingen, bestaande uit het trekken van elementen en het vervaardigen van een gebitsprothese voor de boven- en onderkaak. Daarnaast heeft verzoekster de zorgverzekeraar verzocht de bij haar in rekening gebrachte eigen bijdragen ter zake van de vanaf 2009 afgeleverde geneesmiddelen te laten vervallen (hierna: de aanspraak).
Bij brieven van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat 75 percent van de kosten van een volledige gebitsprothese is vergoed ten laste van de zorgverzekering, dat een gedeeltelijke gebitsprothese en het trekken van elementen niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, en dat bij verzoekster vanaf 2009, behoudens ter zake van twee geneesmiddelen, geen eigen bijdragen in rekening zijn gebracht.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Onder meer bij brief van 9 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

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

3.4. Bij e-mailbericht van 15 september 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is (i) de bij haar in rekening gebrachte eigen bijdragen ter zake van afgeleverde geneesmiddelen te laten vervallen, en (ii) waar het gaat om de tandheelkundige behandelingen de aanspraak tot een hoger bedrag 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 9 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 december 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 14 december 2016 en 4 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. 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.
- 3.9. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. De zorgverzekeraar is op 25 januari 2017 in persoon gehoord. Verzoekster heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar haar al jaren financieel benadeelt. Zo lijdt verzoekster aan de ziekte van Crohn en moet zij hiervoor veel geneesmiddelen slikken. Sinds 2009 moet verzoekster van de zorgverzekeraar voor veel van deze geneesmiddelen een eigen bijdrage betalen, naast het eigen risico.
- 4.2. Verder stelt verzoekster dat zij in 2014 elementen heeft laten trekken en voor zowel haar boven- als onderkaak een gebitsprothese heeft laten vervaardigen. Slechts een klein deel van de betreffende kosten heeft de zorgverzekeraar vergoed, waardoor een bedrag van ruim € 2.400,-- voor rekening van verzoekster blijft. Zowel haar tandarts als de zorgverzekeraar heeft haar vooraf niet verteld dat een groot deel van de kosten niet wordt vergoed. Dit terwijl verzoekster, in tegenstelling tot hetgeen de zorgverzekeraar stelt, hierover wel degelijk vooraf telefonisch contact met hem heeft gehad.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en herhaald dat zij onjuist is geïnformeerd door haar tandarts. Deze heeft aan haar medegedeeld dat slechts een klein deel voor haar rekening zou blijven. Uiteindelijk moest verzoekster een bedrag van ruim € 2.400,-- zelf betalen.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat hij in zijn correspondentie soms de term "eigen bijdrage" heeft gebruikt. Met deze term worden de kosten bedoeld die niet voor vergoeding in aanmerking komen. Om eventuele ontstane onduidelijkheid weg te nemen is aan verzoekster een kostenoverzicht over de periode van 1 januari 2010 tot en met 31 mei 2016 gestuurd. In dit kostenoverzicht worden ook de bedragen genoemd die niet worden vergoed. Verder blijkt uit het overzicht dat verzoekster alleen voor anticonceptie in 2011 en 2012 een eigen bijdrage was verschuldigd. Ter zake van afgeleverde geneesmiddelen voor de ziekte van Crohn heeft verzoekster nooit een eigen bijdrage hoeven te betalen.

5.2. Verder heeft verzoekster in 2014 elementen laten trekken. Bovendien is voor de bovenkaak een volledige en voor de onderkaak een gedeeltelijke gebitsprothese vervaardigd. De tandarts heeft de kosten van deze behandelingen rechtstreeks gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, waarna deze 75 percent van de kosten van de volledige gebitsprothese heeft vergoed. De overige kosten blijven voor rekening van verzoekster, omdat de zorgverzekering hiervoor geen dekking biedt.

5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden (i), de vorderingen ter zake van de eigen bijdragen te laten vervallen, en (ii) waar het gaat om de tandheelkundige behandelingen, de aanspraak tot een hoger bedrag 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.14. van de zorgverzekering (2014) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat. Meer specifiek met betrekking tot uitneembare volledige prothesen luidt dit artikel:

"b. uitneembare volledige gebitsprothesen:

dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:

o een vergoeding van 75% van de kosten van het maken en plaatsen van:

- een uitneembare volledige gebitsprothese; of*
 - een tijdelijke uitneembare volledige (immediaat-) gebitsprothese; of*
 - een uitneembare volledige vervangingsprothese; of*
 - een uitneembare volledige overkappingsprothese voor de boven- en/of onderkaak;*
- (...)"*

8.4. In artikel B.15. van de zorgverzekering is bepaald dat voor een aantal geneesmiddelen een wettelijk verschuldigde eigen bijdrage geldt.

8.5. De artikelen B.14. en B.15. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.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.

Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv.

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

- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege 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

Eigen bijdrage geneesmiddelen

- 9.1. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar vanaf 2009 tot heden bij verschillende afgeleverde geneesmiddelen voor de ziekte van Crohn, naast het verplicht eigen risico, een eigen bijdrage in rekening heeft gebracht. Daarnaast gevraagd, heeft de zorgverzekeraar verklaard dat verzoekster alleen in 2011 en 2012 een eigen bijdrage heeft betaald voor een anticonceptiemiddel. Aangezien de verschuldigdheid van deze eigen bijdrage tussen partijen niet in geschil is, de zorgverzekeraar de stelling van verzoekster gemotiveerd heeft bestreden, en verzoekster van haar kant niet aannemelijk heeft gemaakt dat de zorgverzekeraar - naast het verplicht eigen risico - wél een eigen bijdrage bij haar in rekening heeft gebracht voor geneesmiddelen voor de ziekte van Crohn, moet dit onderdeel van het verzoek worden afgewezen.

Vergoeding tandartskosten

- 9.2. Op grond van artikel B.14. onder b 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 percent van de kosten. Voornoemde polisbepaling is gebaseerd op de artikelen 2.7 lid 5 Bzv en 2.31 lid 3 Rzv.
- 9.3. Verzoekster heeft in maart 2014 elementen laten trekken waarna zij ten behoeve van haar bovenkaak een volledige gebitsprothese heeft laten vervaardigen en ten behoeve van haar onderkaak een gedeeltelijke gebitsprothese. Gebleken is dat de zorgverzekeraar conform artikel B.14 onder b de kosten die betrekking hebben op de volledige gebitsprothese voor 75 percent heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit betekent tevens dat de resterende 25 percent van de betreffende kosten voor rekening van verzoekster blijft.
- Wat betreft de kosten van het trekken van de elementen en de gedeeltelijke gebitsprothese, geldt dat de zorgverzekering hiervoor geen dekking kent.

Werking privaatrecht

- 9.4. Verzoekster heeft verklaard dat zij voorafgaand aan de tandheelkundige behandeling contact heeft gehad met de zorgverzekeraar. Voor zover verzoekster hiermee stelt dat haar bij deze gelegenheid bepaalde toezeggingen zijn gedaan of dat de indruk is gewekt dat (een groter deel van) de betreffende kosten zouden worden vergoed, geldt dat zij er in de procedure niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat van de zijde van de zorgverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording

daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. Dat door de tandarts onjuiste of onvolledige informatie is gegeven, zoals verzoekster heeft aangevoerd, kan de zorgverzekeraar - zo hiervan al sprake is geweest - niet worden tegengeworpen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 februari 2017,

P.J.J. Vonk