



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Tandheelkundige zorg, gebitsprothese, eigen risico
Zaaknummer : 201501362
Zittingsdatum : 13 januari 2016



ANONIEM BINDEND ADVIES



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen



NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Univé Extra Zorgpolis Goed en Univé Tand Beter Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar verzocht om kwijtschelding van het verplicht eigen risico 2014 van € 281,50 en de wettelijke eigen bijdrage van € 162,76 ter zake van een gebitsprothese. Telefonisch heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat dit verzoek is afgewezen.



3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 maart 2015 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. Verzoekster heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) op 11 september 2015 telefonisch verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog over te gaan tot kwijtschelding van de onder 3.1 genoemde posten (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. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 november 2015 aan verzoekster gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 januari 2016 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. Bij brief van 16 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015145228) de commissie medegedeeld dat geen sprake is van adviesbevoegdheid.

 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 januari 2016 telefonisch gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster is niet tevreden over de kwaliteit van zorg, geleverd door de tandarts. In 2014 heeft zij door hem een gebitsprothese laten vervaardigen en plaatsen. De prothese heeft echter nooit goed gezeten. Zij heeft vele maanden met klachten rondgelopen. Dat de gebitsprothese ondeugdelijk is, wordt bevestigd door de second opinion van een tandprotheticus, die heeft verklaard dat de pasvorm van de eerste prothese zeer slecht was en dat de beet scheef was. Uit het feit dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een nieuwe gebitsprothese heeft goedgekeurd, kan eveneens worden afgeleid dat de behandeling niet correct is uitgevoerd.

 4.2. Verzoekster heeft de financiële middelen niet om het verplicht eigen risico en de wettelijke eigen bijdrage te betalen voor de tweede gebitsprothese. Het is een onrecht om geld uit te geven aan een ondeugdelijk product, te weten de eerste gebitsprothese, waar verzoekster vele klachten van heeft ondervonden. Door het voorval is verzoekster vier kilo afgevallen. Het verplicht eigen risico en de wettelijke eigen bijdrage moeten worden gecorrigeerd voor de tweede behandeling. De bedragen van € 162,76 (eigen bijdrage) en € 281,50 (verplicht eigen risico) ter zake van de eerste behandeling dienen daarom te worden kwijtgescholden door de ziektekostenverzekeraar.

 4.3. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald, waarbij zij ter aanvulling heeft aangevoerd dat zij met haar tandarts heeft gesproken over de slecht zittende prothese. Zij ontving van hem hierop een rekening van € 162,- die zij in gedeeltes heeft betaald, tussen januari en juni. Inmiddels heeft zij van de ziektekostenverzekeraar een rekening van € 281,- ontvangen.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Volgens de tandheerkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar slinkt de kaak meestal nog flink na het trekken van kiezen en tanden. De prothese past dan niet meer goed en komt los te zitten. Men zou na het trekken van kiezen en tanden nog drie maanden zonder gebit moeten lopen om dit euvel zoveel mogelijk te voorkomen. De prothese dient te worden opgevuld op de plekken waar de slinking heeft plaatsgevonden ("rebasen"). Als er veel kunsthars van de prothese moet worden weggeslepen bij het plaatsen en met name bij de randen van de prothese, dan is het resultaat niet altijd naar wens. Dit kan binnen vijf jaar of zelfs binnen een jaar het geval zijn. Derhalve is goedkeuring verleend voor het vervaardigen van een nieuwe prothese.

 5.2. De stelling van verzoekster dat uit de second opinion blijkt dat de eerste prothese niet doeltreffend en niet doelmatig is, is niet juist. Op dat moment was er misschien geen betere voorziening mogelijk, gelet op de toestand van haar kaak.

In de medische wereld bestaat normaliter een inspanningsverplichting en geen resultaatverplichting. Dit houdt in dat de tandarts de kosten van het werk dat hij heeft laten verrichten mag declareren, ongeacht of het resultaat naar wens van verzoekster is of niet. Dat het resultaat niet is wat verzoekster had verwacht, hoeft niet aan de tandarts te liggen.

5.3. De declaraties van de eerste tandarts waren correct voor het werk dat onder zijn verantwoordelijkheid is verricht. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van € 278,39 aan verplicht eigen risico en € 3,11 volgens de aanvullende ziektekostenverzekering terecht ten laste van verzoekster gebracht, evenals de wettelijke eigen bijdrage van € 162,76.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de klacht vooral lijkt te zijn gericht tegen de eerste tandarts. Onbekend is het voor de ziektekostenverzekeraar of verzoekster bij deze tandarts of bij de NMT een klacht heeft ingediend. Volgens de adviserend tandarts betreft het een immediaatprothese met een levensduur van maximaal vijf jaar. Hiervoor is gekozen omdat de kaak in die tijd nog slinkt.
De ziektekostenverzekeraar is bereid met verzoekster een betalingsregeling af te spreken indien het verzoek door de commissie wordt afgewezen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 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 de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot kwijtschelding van het verplicht eigen risico 2014 van € 281,50 en de wettelijke eigen bijdrage van € 162,76 ter zake van een gebitsprothese.

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 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op prothetische voorzieningen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

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

(...)

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. (...)

Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn."

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

" (...) Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 360 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)

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 (...)
- verloskundige zorg en kraamzorg. (...)
- de door ons aangewezen geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg Univé. (...)
- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (...)
- hulpmiddelen in bruikleen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, (...)
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen. (...)"

- 8.5. De artikelen 7 en 30 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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. Het verplicht eigen risico is opgenomen in artikel 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 e.v. Bzv. Tandheelkundige zorg 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 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 57 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:
- "(...) 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. (...)
- Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen**
- (...)
- Tand Beter Pakket:**
- 80% tot maximaal € 500 per kalenderjaar
- (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de tandarts ingediende declaratie. Aangezien de tandarts rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het verplicht eigen risico en de eigen bijdrage - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beoordeling voorligt, is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren.
- 9.2. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar in zijn stelling dat sprake is van een inspanningsverplichting en niet van een resultaatsverplichting voor de tandarts en de onder zijn verantwoordelijkheid werkende tandtechnicus. De inspanningsverplichting houdt in dat de tandarts dient te handelen conform de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot onder vergelijkbare omstandigheden mag worden verwacht. De tandarts kan niet aansprakelijk worden gehouden voor de normale risico's van een ingreep en als het resultaat anders is dan verwacht. Het is namelijk niet altijd voorspelbaar hoe het menselijk lichaam op een bepaalde behandeling zal reageren. Zekerheid van een bepaald resultaat is dan ook meestal niet mogelijk. Dat de tandarts dermate onzorgvuldig heeft gehandeld dat hij de bestaande inspanningsverplichting niet is nagekomen, is niet aannemelijk geworden. Er bestond voor de ziektekostenverzekeraar dan ook geen reden de betaling van de nota te weigeren. Waar het gaat om de consequenties voor verzoekster met betrekking tot de eigen bijdrage en het eigen risico geldt het volgende.
- 9.3. Ingevolge artikel 30 van de zorgverzekering is voor een gebitsprothese een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25 percent. In het betreffende artikel is verder bepaald dat naast deze eigen bijdrage een eigen risico van toepassing kan zijn. Verzoekster is in 2014 maximaal € 360,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. De zorg die verzoekster heeft genoten, te weten tandheelkundige zorg, is niet uitgesloten van het verplicht eigen risico zoals genoemd in artikel 7 van de zorgverzekering. Voorts is gesteld noch gebleken dat dit eigen risico reeds geheel was 'vol gemaakt'. De bedragen van € 162,76 (eigen bijdrage) en € 281,50 (eigen risico) ter zake van de gebitsprothese die is vervaardigd en geplaatst door de eerste tandarts zijn derhalve terecht bij verzoekster in rekening gebracht.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het verzoek, zodat het verzoek niet op die grond kan worden ingewilligd.

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, 27 januari 2016,

A.I.M. van Mierlo