



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Mondzorg, gebitsprothese, verrekening vergoeding met achterstallige premie
Zaaknummer : 201601083
Zittingsdatum : 19 april 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, en art. 6:127 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar de vergoeding ter zake van een volledige gebitsprothese te verrekenen met een openstaande premievordering in plaats van deze aan hem uit te betalen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 13 december 2016 en 11 januari 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 2 februari 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de verrekenende vergoeding ter zake van de volledige gebitsprothese alsnog aan hem uit te betalen (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 april 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 19 april 2017 telefonisch medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. Verzoeker kampt met problematische schulden en om die reden is door de rechtbank beschermingsbewind ingesteld. Aangezien verzoeker ook dringend een volledige gebitsprothese nodig had, heeft de tandarts voor hem een dergelijke prothese vervaardigd. Met de behandeld tandarts is afgesproken dat de zorgverzekeraar 75 percent van de kosten vergoedt en de gemeente 25 percent. Dit zou betekenen dat de zorgverzekeraar een bedrag van € 814,71 dient uit te betalen. In plaats van dat de zorgverzekeraar genoemd bedrag aan de tandarts heeft overgemaakt, heeft hij de declaratie echter verrekend met nog openstaande premieschulden. Verzoeker meent dat deze handelwijze in strijd is met de wet en naar maatstaven van redelijk en billijkheid onaanvaardbaar.
- 
- 4.2. Voorts stelt verzoeker dat hij op 18 februari 2016 door de zorgverzekeraar is geïnformeerd dat het bedrag van € 814,71 wordt uitgekeerd. Dat de zorgverzekeraar desondanks heeft besloten om niet uit te keren maar te verrekenen is opmerkelijk te noemen. Gelukkig heeft verzoeker de gemeente bereid gevonden voor de gemaakte kosten bijzondere bijstand te verlenen op voorwaarde dat verzoeker de commissie om een bindend advies in deze kwestie verzoekt.
- 
- 4.3. Verzoeker 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 de zorgaanbieder voor verzoeker een volledige gebitsprothese heeft vervaardigd en dat de kosten hiervan € 1.086,29 bedragen. Op grond van artikel 9 van de zorgverzekering bestaat ter zake van gebitsprothesen aanspraak op een vergoeding van 75 percent van de kosten. Aangezien ten tijde van de declaratie nog sprake was van een openstaande premievordering van € 2.222,47, exclusief incassokosten en rente, is het bedrag van € 814,71 (75 percent van € 1.086,29) niet aan verzoeker uitbetaald, maar verrekend met de nog openstaande vordering. Deze verrekeningsbevoegdheid is geregeld in artikel 9.2 van de zorgverzekering. Gelet op de betreffende bepaling meent de zorgverzekeraar dat verzoeker geen rechten kan ontlenen aan de brief van 18 februari 2016. Daar komt bij dat de zorgverzekeraar verzoeker op 29 februari 2016 telefonisch over de verrekening heeft geïnformeerd.
- 
- 5.2. De zorgverzekeraar 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 basisverzekeringen' 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 gehouden is het bedrag van € 814,71 ter zake van een volledige gebitsprothese aan verzoeker uit te keren in plaats van dit te verrekenen met een op dat moment openstaande premievordering.
- 
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 1 e.v. van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.
- 

- 8.3. Artikel 9 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

U heeft recht op het laten maken, plaatsen, repareren en rebasen van de volgende prothesen:

a een uitneembare volledige prothese voor boven- en/ofonderkaak;

(...)

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

(...)"

- 8.4. Artikel 9 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering regelt de bevoegdheid tot verrekening door de zorgverzekeraar, en luidt als volgt:

"9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

Als u premie moet betalen, moet u zich aan de regels hiervoor houden. Dit geldt ook als een derde de premie betaalt.

9.2 Wij verrekenen achterstallige premie met schadekosten en pgb

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten. Wij verrekenen achterstallige premie ook met uw declaraties uit uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging."

- 8.5. Artikel 9 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering en artikel 9 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' 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 2.31 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.

- 8.8. De artikelen 6:127 e.v. van het BW regelen de bevoegdheid tot verrekening. Artikel 6:127 BW luidt als volgt:

"1. Wanneer een schuldenaar die de bevoegdheid tot verrekening heeft, aan zijn schuldeiser verklaart dat hij zijn schuld met een vordering verrekent, gaan beide verbintenissen tot hun gemeenschappelijk beloop teniet.

2. Een schuldenaar heeft de bevoegdheid tot verrekening, wanneer hij een prestatie te vorderen heeft die beantwoordt aan zijn schuld jegens dezelfde wederpartij en hij bevoegd is zowel tot betaling van de schuld als tot het afdwingen van de betaling van de vordering.
3. De bevoegdheid tot verrekening bestaat niet ten aanzien van een vordering en een schuld die in van elkaar gescheiden vermogens vallen."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 9 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' 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. Uit de factuur van 2 februari 2016 volgt dat de kosten van de gebitsprothese € 1.086,29 bedragen, zodat de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage € 271,58 is. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of de zorgverzekeraar het resterende deel (€ 814,71) mocht verrekenen met een volgens hem op dat moment bestaande premieachterstand dan wel gehouden was dit bedrag aan verzoeker uit te keren. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Op grond van artikel 9.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering heeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid gedeclareerde schadekosten te verrekenen met achterstallige premies. Door de zorgverzekeraar is gesteld dat op 18 februari 2016 (de datum van de verrekening) sprake was van een betalingsachterstand. Ter onderbouwing van zijn stelling heeft de zorgverzekeraar bij zijn brief van 23 maart 2017 een overzicht van de op 18 februari 2016 openstaande bedragen overgelegd. Hieruit blijkt dat op die datum sprake was van een openstaande vordering van € 2.222,47, exclusief incassokosten en rente. Aangezien verzoeker deze stelling niet gemotiveerd heeft bestreden, stond het de zorgverzekeraar op grond van artikel 9.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering vrij het bedrag van € 814,81 niet aan verzoeker uit te betalen, maar te verrekenen met de nog openstaande vordering. Dat de betreffende bepaling in de polisvoorwaarden strijdig met de wet is, ziet de commissie niet in, gelet op het bepaalde in artikel 6:127 BW. Evenmin volgt de commissie verzoeker in zijn stelling dat artikel 9.2 in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid buiten toepassing moet blijven, omdat gesteld noch gebleken is van omstandigheden die verrekening in een geval als het onderhavige onaanvaardbaar maken.
- 9.3. De verwijzing naar de brief van de zorgverzekeraar van 18 februari 2016 kan niet leiden tot een andere uitkomst. Het betreft hier namelijk een declaratieoverzicht waarmee de verzekerde wordt geïnformeerd over de hoogte van de vergoeding en de eventuele verrekening met een openstaand eigen risico. De vermelding dat een bedrag wordt overgemaakt op een bepaald rekeningnummer staat er niet aan in de weg dat de zorgverzekeraar vervolgens kan besluiten een beroep te doen op de door hem bedongen verrekeningsbevoegdheid en niet tot uitbetaling over te gaan.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 april 2017,

A.I.M. van Mierlo