



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZZ Zorgverzekeraar te Arnhem
Zaak : Mondzorg, eigen bijdrage, ondeugdelijke gebitsprothese
Zaaknummer : 201502239
Zittingsdatum : 11 januari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZZ Zorgverzekeraar N.V. 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 grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (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 IZZ Zorg voor de Zorg en IZZ Zorg voor de Zorg Extra 3 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. De zorgaanbieder heeft bij de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 960,82 gedeclareerd voor het vervaardigen en plaatsen van een boven- en onderprothese. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende kosten aan de zorgaanbieder vergoed. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster de eigen bijdrage in rekening gebracht, zodat zij een bedrag van € 240,21 dient te betalen. Verzoekster heeft dit bedrag, ook na aanmaning, niet betaald. Dit heeft tot gevolg gehad dat de ziektekostenverzekeraar tevens een bedrag van € 40,- aan incassokosten bij verzoekster in rekening brengt.

3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend over de door de zorgaanbieder vervaardigde boven- en onderprothese. Zij heeft hierbij verzocht de vergoeding van de prothesen terug te vorderen en de bij haar in rekening gebrachte eigen bijdrage van € 240,21 alsmede de incassokosten van € 40,- te laten vervallen (hierna: het verzoek). Bij brief van 7 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld hiertoe niet over te gaan.

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 17 juni 2016 telefonisch verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog over te gaan tot kwijtschelding van de beide, 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 6 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 november 2016 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 november 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 december 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.8. 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.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Begin 2015 heeft verzoekster een nieuwe boven- en onderprothese laten vervaardigen en plaatsen. Deze prothesen pasten niet goed. Verzoekster kreeg pijn in haar mond en de prothesen waren scheef. Verzoekster was boos op de behandelend tandarts en heeft hem medegedeeld de prothesen niet af te nemen. Dit was volgens de behandelend tandarts geen optie. Hij heeft verzoekster hierop verwijderd uit zijn klantenbestand en haar vervolgens weggestuurd. Naar aanleiding hiervan heeft verzoekster contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd of zij naar een andere tandarts mocht gaan. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop positief geantwoord en haar verwezen naar een tandprotheticus. Deze tandprotheticus heeft een nieuwe boven- en onderprothese vervaardigd. De hiermee gemoeide kosten van € 425,62 heeft verzoekster betaald van haar vakantiegeld.

4.2. Van de ziektekostenverzekeraar ontving verzoekster vervolgens een rekening van € 240,21 inzake de eigen bijdrage. De behandelend tandarts had de 'ondeugdelijke' prothesen rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende kosten vergoed en de eigen bijdrage bij verzoekster in rekening gebracht. Omdat betaling uitbleef, heeft de ziektekostenverzekeraar incassokosten ten bedrage van € 40,- bij haar in rekening gebracht. Verzoekster is van mening dat het van de zotte is dat je moet betalen voor iets dat je niet hebt afgenomen. Verder stelt verzoekster dat zij bij de ziektekostenverzekeraar heeft geïnformeerd of zij naar een andere tandarts mocht gaan en dat hierop bevestigend werd geantwoord. Tot slot merkt zij op dat zij onbeschoft is behandeld door de behandelend tandarts.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Bij brief van 22 februari 2015 meldt de ziektekostenverzekeraar dat de behandelend tandarts een in 2015 gecontracteerde zorgverlener betreft. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het vervelend is dat verzoekster een nota heeft ontvangen voor prothesen die niet goed zitten. De behandelend tandarts heeft echter kosten gemaakt om de prothesen te vervaardigen. Deze kosten mag de tandarts in rekening brengen bij de ziektekostenverzekeraar. De behandelend tandarts heeft een inspanningsverplichting en geen resultaatverplichting. Verzoekster kan haar klacht over de behandelend tandarts eventueel voorleggen aan de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (KNMT).

5.2. Bij brief van 6 oktober 2016 licht de ziektekostenverzekeraar toe dat de behandelend tandarts aanvankelijk een nota had ingediend van € 1.087,51 voor de boven- en onderprothese, met verrichtingsdatum 30 december 2014. Hiervoor werd een eigen bijdrage van € 241,06 in rekening gebracht bij verzoekster. Deze nota is later ingetrokken en vervangen door een nota van € 1.082,94 met verrichtingsdatum 26 maart 2015. De eigen bijdrage van deze nota is € 240,21. De betrokken tandprotheticus heeft een nota ingediend van € 1.122,94 met verrichtingsdatum 20 februari 2015. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan € 697,31 rechtstreeks betaald aan de tandprotheticus. Verzoekster heeft van deze tandprotheticus een nota gekregen voor het restant van € 425,62. Thans is verzoekster nog € 615,21 aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd. Dit bedrag bestaat uit het eigen risico 2015 van € 375,- en de eigen bijdrage ter zake van de door de tandarts vervaardigde prothese van € 240,21. De incassokosten ten bedrage van € 40,- heeft de ziektekostenverzekeraar laten vervallen.

5.3. Op 9 februari 2015 is een telefoonnotitie gemaakt. Deze notitie luidt: *"Info: Prothetische voorzieningen 18 jaar en ouder 2015 - klant hoeft geen toestemming te vragen om over te stappen naar andere tandarts."* Hieruit blijkt dat verzoekster niet door de ziektekostenverzekeraar is verwezen naar een andere tandarts en ook niet naar de tandprotheticus.

5.4. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend waarom de tandarts de verrichtingsdatum heeft gewijzigd. Deze wijziging maakt, financieel gezien, echter weinig verschil. De wettelijke eigen bijdrage bedraagt nu € 240,21 in plaats van € 241,06 en het verplicht eigen risico 2015 was reeds volgemaakt met de kosten van de tandprotheticus.

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 verzoekster de eigen bijdrage van € 240,21 is verschuldigd voor de in 2015 vervaardigde boven- en onderprothese alsmede een bedrag van € 40,- ter zake van incassokosten.

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 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op prothetische voorzieningen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 31. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op een 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.

(...)

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

- 8.4. Artikel 31 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
Tandheelkundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.
- 8.6. 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.
- 8.7. Artikel 30 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke prothesen en tandvleesbehandelingen en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 30. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke prothesen en tandvleesbehandelingen

Omschrijving

*Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Onder deze zorg wordt verstaan: (...)
- gedeeltelijke prothesen (P-codes); (...)*

Vergoeding

Zorg voor de Zorg + Extra 3 ten hoogste € 1.500 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 de wettelijke eigen bijdrage - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beoordeling voorligt, is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de betreffende nota had moeten weigeren.

- 9.2. De commissie is van oordeel dat sprake is van een inspanningsverplichting en niet van een resultaatsverplichting voor de tandarts. 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. Het is niet aan de commissie onderzoek te doen naar de inspanningsverplichting van de zorgaanbieder. Deze taak ligt onder de gegeven omstandigheden in de eerste plaats bij de ziektekostenverzekeraar die hierover immers ook afspraken maakt in het kader van het gesloten contract. Daarentegen kan de commissie wel oordelen over de verzekeringsrechtelijke aspecten, waartoe overigens niet behoort de beantwoording van de vraag of de zorgaanbieder de betreffende nota dient te crediteren. Ook dit is iets tussen de ziektekostenverzekeraar en de gecontracteerde zorgaanbieder. Een en ander spitst zich daarom toe op de bij verzoekster in rekening gebrachte eigen bijdrage. De commissie concludeert dat uit de stukken niet blijkt dat de ziektekostenverzekeraar door verzoekster tijdig op de hoogte is gesteld van de 'ondeugdelijke' gebitsprothese, zodat hij actie had kunnen ondernemen richting de behandelend tandarts dan wel had kunnen onderzoeken of was voldaan aan de inspanningsverplichting. Er bestond voor de ziektekostenverzekeraar derhalve geen reden betaling van de nota te weigeren. De commissie is dan ook van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar ingevolge artikel 31 van de zorgverzekering, waarin is opgenomen dat voor een gebitsprothese een wettelijke eigen bijdrage van 25 percent van toepassing is, het bedrag van € 240,21 (de eigen bijdrage) ter zake van de gebitsprothese die is vervaardigd door de behandelend tandarts terecht bij verzoekster in rekening heeft gebracht.

- 9.3. De vordering ter zake van de in rekening gebrachte incassokosten ten bedrage van € 40,- heeft de ziektekostenverzekeraar inmiddels laten vervallen, zodat hierover geen geschil meer bestaat.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan 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, 11 januari 2017,

P.J.J. Vonk