

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Tandheelkunde, eigen risico
Zaaknummer : 2010.01069
Zittingsdatum : 2 februari 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Tand afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 vergoeding van de kosten van een behandeling door de kaakchirurg. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 27 maart 2010 medegedeeld dat het bedrag van € 320,60 aan de zorgaanbieder is vergoed. Dit bedrag komt evenwel volledig ten laste van het eigen risico van verzoeker.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 april 2010 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 5 september 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering en af te zien van verrekening van het eigen risico (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 10 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 december 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 december 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 februari 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 13 december 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 januari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2010143424) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd, voor zover het verzoek ziet op de zorgverzekering, de door verzoeker ondergane behandeling, te weten het operatief verwijderen van een wortelrest door de kaakchirurg, aan te merken als een verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 2 februari 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 4 februari 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 9 februari 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 23 december 2009 – op verwijzing van de tandarts – behandeld door de kaakchirurg. De kosten van deze ingreep zijn door het ziekenhuis rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering misleidend zijn, aangezien de indruk wordt gewekt dat de onderhavige ingreep wordt gedekt door de aanvullende ziektekostenverzekering. In artikel T4 van de polisvoorwaarden staat duidelijk vermeld dat de verzekerde naar de tandarts, orthodontist of kaakchirurg van zijn keuze kan gaan. Daarnaast staat in het overzicht met verrichtingen die voor vergoeding in aanmerking komen dat de kosten van het trekken van een tand of kies volledig worden vergoed. Hierbij is niet vermeld dat de verrichting moet worden uitgevoerd door een tandarts. Verzoeker merkt hierbij op dat de ziektekostenverzekeraar de polisvoorwaarden met ingang van 2010 heeft gewijzigd, zodat thans duidelijk blijkt welke zorg wordt vergoed bij welke zorgverlener.

- 4.3. Gezien het voorgaande is verzoeker van oordeel dat de kosten van de onderhavige behandeling ten onrechte ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed en als gevolg hiervan ten onrechte ten laste van zijn eigen risico zijn gebracht. Als verzoeker vooraf had geweten dat de kosten van de ingreep niet zouden worden vergoed, zou hij de ingreep hebben uitgesteld en zijn ziektekostenverzekering bij een andere ziektekostenverzekeraar hebben ondergebracht.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker voornoemde argumenten herhaald. Hij benadrukt dat in de 'Globale vergoedingenwijzer' staat vermeld dat chirurgische ingrepen 100 percent worden vergoed. Verzoeker verwijst hierbij naar de door hem ter zitting overgelegde brief van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van 18 juli 2007. De NZa heeft toen onder andere gesteld dat dit soort overzichten juist en transparant moeten zijn, alsmede adequaat met betrekking tot de uitsluitingen. Hij mocht er daarom op vertrouwen dat de door hem gemaakte kosten volledig zouden worden vergoed. Daarnaast is verzoeker van mening dat het eigen risico niet zou mogen worden aangesproken, gegeven de geboden 100 percent dekking.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker door zijn tandarts is doorverwezen naar een kaakchirurg. In dit geval is sprake van medisch specialistische zorg in het ziekenhuis. Daarom wordt de behandeling vergoed uit de zorgverzekering en komen de kosten hiervan ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Het verplichte eigen risico bedroeg in 2009 € 155,--. Verzoeker heeft daarnaast een vrijwillig eigen risico van € 500,--.
- 5.2. Verzoeker verwijst ondermeer naar de Globale Vergoedingenwijzer 2009, waarin is vermeld dat chirurgische ingrepen volledig worden vergoed. Volgens verzoeker staan hierbij geen aanvullende voorwaarden of een uitsluiting vermeld. Uit de integrale tekst van de Vergoedingenwijzer blijkt dat aan deze Vergoedingenwijzer geen rechten kunnen worden ontleend. Ook blijkt dat de verzekeringsvoorwaarden leidend zijn.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat artikel T4 van de aanvullende ziektekostenverzekeraar niet van toepassing is op de onderhavige situatie, omdat verzoeker door zijn tandarts is doorverwezen naar de kaakchirurg. Voorts wordt verzekerden in de polisvoorwaarden geadviseerd een begroting van de kosten te laten opstellen door de zorgverlener, zodat eenvoudig kan worden vastgesteld welk deel van de kosten wordt vergoed. Verzoeker heeft geen begroting ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Zou hij dit wel hebben gedaan, dan was duidelijk geworden dat de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering viel en dat dus tevens de eigen-risicoregeling van toepassing is. Immers, uit de nota van de kaakchirurg blijkt dat het niet gaat om een behandeling met de code H10, waarvoor dekking vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering ook een aanspraak op kaakchirurgische hulp kent. Dit is hier echter niet het issue. Waar het hier om gaat is het eigen risico. Verzoeker heeft naast het verplichte eigen risico ook gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Bij een lager eigen risico was er mogelijk wel een (gedeeltelijke) vergoeding verleend.

Een vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering is eerst aan de orde als een aanspraak niet onder de zorgverzekering valt. De zorgverzekering gaat dus voor. Dit is ook bepaald in artikel A32 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 gehouden is de onderhavige kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te vergoeden en af te zien van verrekening met het eigen risico op grond 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B29.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie en het aanbrengen van implantaten, uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak.

(…)”

- 8.3. In artikel B8 van de zorgverzekering is bepaald dat het verplichte eigen risico voor het jaar 2009 is vastgesteld op € 155,--. Daarnaast kan een verzekerde kiezen voor een vrijwillig eigen risico. In dat geval krijgt de verzekerde korting op de premie.

- 8.4. De artikelen B8 en B29.2 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. 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.

Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.

- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. In artikel T1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de aanspraken die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen zijn opgenomen in artikel 29.2 van de zorgverzekering.
- 8.8. In artikel A32 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald hoe omgegaan wordt met de aanspraken uit de verzekering indien sprake is van samenloop. Dit artikel luidt als volgt:

“Als u de aanvullende verzekering of tandartsverzekering niet zou hebben afgesloten en u aanspraak zou kunnen maken op een vergoeding of verstrekking op grond van een andere verzekering die al of niet van oudere datum is, een verdrag, een wet, een overeenkomst of een andere voorziening, dan is de aanvullende verzekering of tandartsverzekering eerst in de laatste plaats geldig. In dat geval heeft u alleen aanspraak op een vergoeding of verstrekking waarop u elders geen aanspraak heeft.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. In artikel A32 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat alleen recht bestaat op vergoeding van zorg, indien de verzekerde niet op grond van een andere verzekering aanspraak kan maken op vergoeding van deze zorg. Bij een dergelijke “andere verzekering” kan in de eerste plaats worden gedacht aan de zorgverzekering. In artikel 29.2 van de zorgverzekering is de aanspraak opgenomen voor chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg. Gevolg hiervan is dat het recht op vergoeding van de kosten van de betreffende zorg moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering en dat aan de dekking op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering niet wordt toegekomen. Hetgeen verzoeker heeft opgemerkt over de dekking van laatstgenoemde verzekering en de communicatie daaromtrent behoeft om die reden in dit verband geen verdere aandacht.
- 9.2. Verzoeker is ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2009 een bedrag van maximaal € 155,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Daarnaast heeft verzoeker voor het jaar 2009 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van maximaal € 500,--. Hiermee komt het totale eigen risico voor het jaar 2009 op maximaal € 655,--. Tussen partijen is niet in geschil dat ten tijde van de onderhavige ingreep het maximaal verschuldigde bedrag aan eigen risico voor het jaar 2009 nog niet was voldaan. Voorts is onomstreden dat de onderhavige kosten niet vallen onder de zorgvormen waarop het eigen risico niet van toepassing is. De kosten van de behandeling door de kaakchirurg zijn daarom terecht ten laste van het eigen risico gebracht.

Onduidelijke polisvoorwaarden

- 9.3. Anders dan verzoeker stelt, is de commissie van oordeel dat de onderhavige polisvoorwaarden voldoende duidelijk zijn. Zoals in 9.1 is overwogen, bestaat op grond van artikel A32 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenver-

zekering alleen aanspraak op vergoeding van zorg, indien de verzekerde niet op grond van een andere verzekering – in dit geval de zorgverzekering – aanspraak kan maken op vergoeding van deze zorg.

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, 23 februari 2011,

Voorzitter