

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Mondzorg bij een verzekerde jonger dan 22 jaar, kaakchirurgie,
verplicht en vrijwillig eigen risico, incassokosten
Zaaknummer : 2010.01994
Zittingsdatum : 23 november 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009 en 2010, artt. 10, 11, 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.7, 2.17 en 2.18 Bzv, 2.4 Rzv)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E te F
tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 het verwijderen van twee verstandskiezen door de kaakchirurg. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 7 januari 2010 medegedeeld dat een bedrag van € 374,40 ten laste van de zorgverzekering aan de zorgaanbieder is vergoed. Dit bedrag komt evenwel volledig ten laste van het verplichte en vrijwillige eigen risico van verzoeker. Bij brief van 3 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 256,55 aan de zorgaanbieder is vergoed. Dit bedrag komt eveneens volledig ten laste van het verplichte en vrijwillige eigen risico van verzoeker.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Verzoeker was ten tijde van de behandeling jonger dan 22 jaar en meent dat de kosten van de onderhavige tandheelkundige behandeling daarom buiten het verplichte en vrijwillig eigen risico vallen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen 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 9 januari 2011 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 zorgverzekering (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 diverse brieven zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 november 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 23 november 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft door de kaakchirurg, in twee sessies, twee verstandskiezen laten trekken. Tijdens deze behandelingen was hij 20 onderscheidenlijk 21 jaar oud. Hij is van mening dat deze kosten ten onrechte ten laste van zijn verplichte en vrijwillige eigen risico zijn gebracht. Het eigen risico geldt namelijk niet voor de kosten van tandheelkundige zorg tot 22 jaar. Door de tandarts zijn eerder, in 2009, de twee verstandskiezen uit de bovenkaak verwijderd. De kosten van deze behandeling zijn niet ten laste van zijn verplichte en vrijwillige eigen risico gebracht. Nu de behandeling in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, worden de kosten wel ten laste van het eigen risico gebracht. Verzoeker meent dat dit ten onrechte is geschied omdat geen sprake is van chirurgische hulp.
- 4.2. Aangezien de factuur van het ziekenhuis rechtstreeks naar de ziektekostenverzekeraar is gestuurd, heeft verzoeker deze niet zelf kunnen controleren. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover – ondanks dat verzoeker meerdere keren hierom heeft verzocht – geen informatie verstrekt. Verzoeker kan zich niet voorstellen dat de kosten van het trekken van twee verstandskiezen in totaal € 630,95 bedragen. Hier ligt een controletaak voor de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar handelt niet in overeenstemming met de Gedragscode zorgverzekeraars. Eerst bij brief van 7 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar, op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen, de door het ziekenhuis gedeclareerde verrichtingencodes doorgegeven.
- 4.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere keren gesommeerd geen kostenverhogende acties te ondernemen zolang het onderhavige geschil niet is opgelost. De ziektekostenverzekeraar heeft de vordering desalniettemin overgedragen aan een incassobureau. De hieraan verbonden kosten dienen daarom voor rekening van de ziektekostenverzekeraar te blijven. Verzoeker betwijfelt overigens of de registratiekosten ten bedrage van € 25,-- exclusief BTW wel correct zijn.
- 4.4. Hoewel verzoeker van mening is dat de onderhavige kosten onder de aanspraak op tandheelkundige zorg vallen, is hij bereid deze kosten te betalen. Hij heeft alleen zijn twijfels over de juistheid van de gedeclareerde bedragen. In zijn brief van 2 augustus

2011 heeft verzoeker medegedeeld dat hij graag een punt wil zetten achter het onderhavige geschil en dat hij daarom bereid is het bedrag van € 630,95 aan de ziektekostenverzekeraar te betalen. Dit evenwel onder de voorwaarde dat beide partijen de eigen kosten dragen.

4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij vermoedt dat zijn zorgverlener te veel in rekening heeft gebracht. Hij wil dit graag controleren. Tot op heden heeft de ziektekostenverzekeraar echter geen duidelijkheid verschaft welke verrichtingen door de zorgverlener zijn gedeclareerd en waaruit het bedrag van € 630,95 is opgebouwd. Verzoeker heeft de commissie ter zitting tevens verzocht om vergoeding van de door hem gemaakte kosten voor het aangetekend versturen van brieven en van de in verband met deze kwestie bestede uren.

4.6. 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 de kosten van tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar niet ten laste van het verplichte en vrijwillige eigen risico komen op voorwaarde dat deze zorg wordt geleverd door een tandarts algemeen practicus. Indien de zorg wordt geleverd door een kaakchirurg is sprake van kaakchirurgie en komen de kosten wel ten laste van het verplichte en vrijwillige eigen risico. Verzoeker is in het ziekenhuis, op verwijzing van zijn tandarts, behandeld door de kaakchirurg.

5.2. Het ziekenhuis heeft de kosten van de kaakchirurgische behandelingen op basis van nevenverrichtingen gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De codes van deze nevenverrichtingen zijn: 234041, 231003, 239452 en 239455. Voor deze nevenverrichtingen worden kosten (voor de instelling) en honorarium in rekening gebracht. Voor de behandeling van 3 december 2009 is een bedrag van € 374,40 gedeclareerd en voor de behandeling van 1 februari 2010 een bedrag van € 256,55, in totaal derhalve € 630,95. Voor uitleg over deze bedragen kan verzoeker contact opnemen met het ziekenhuis.

5.3. Indien de gedeclareerde kosten niet overeenkomen met de landelijke tarieven – zoals deze zijn afgesproken voor de betreffende nevenverrichtingen – blokkeert het automatiseringssysteem van de ziektekostenverzekeraar de betaling. De ziektekostenverzekeraar stuurt in dat geval een brief naar de zorgverlener met de mededeling dat de declaratie niet correct is. Op deze wijze controleert de ziektekostenverzekeraar de door zorgverleners gedeclareerde kosten.

5.4. In verband met de bescherming van de privacy van patiënten verstrekken zorgverleners geen inhoudelijke informatie aan de ziektekostenverzekeraar, ook niet als deze daar specifiek om vraagt. Deze informatie kan alleen door de patiënt zelf worden opgevraagd.

5.5. De ziektekostenverzekeraar meent – in tegenstelling tot hetgeen door verzoeker is gesteld – zich wél aan de gedragscode te hebben gehouden.

5.6. De aan het incassobureau overgedragen vordering bestaat uit een hoofdsom van

€ 645,95, dit is inclusief een bedrag van € 15,-- aan administratiekosten. Daarbij komt een bedrag van € 9,35 aan verschuldigde rente. De bijkomende kosten bedragen € 150,-- volgens Staffel Voorwerk II en € 25,-- registratiekosten volgens de NVI richtlijnen. Vervolgens is het totaalbedrag vermeerderd met 19 percent BTW. Daarmee komt de vordering op € 865,89.

- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat verzoeker in een eerder stadium en beter door hem had moeten worden geïnformeerd.
Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten ter grootte van € 231,35 voor zijn rekening te nemen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de onderhavige kosten terecht ten laste van het verplichte en vrijwillige eigen risico zijn gebracht. Tevens zijn in geschil de in rekening gebrachte 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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 29.1 van de zorgverzekering 2009 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

(...)

13. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;

(...)”

In artikel 27 van de zorgverzekering 2010 is een gelijklopende bepaling opgenomen.

- 8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering 2009 regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 155,- per kalenderjaar. (...)

Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, met uitzondering van:

(...)

- de kosten voor mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar zoals beschreven in artikel 29.1 met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen;

(...)”

In artikel 7 van de zorgverzekering 2010 is een bijna gelijklopende bepaling opgenomen. Het verplicht eigen risico voor 2010 bedraagt echter € 165,- per kalenderjaar.

- 8.4. Artikel 8 van de zorgverzekering 2009 regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Een verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de volgende varianten van de [naam zorgverzekering] met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,- € 300,- of € 500,- per kalenderjaar. (...)

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico. Het vrijwillig eigen risico is van toepassing op de kosten van zorg die ook gelden voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 7.3. (...)

In artikel 8 van de zorgverzekering 2010 is een gelijklopende bepaling opgenomen.

- 8.5. De artikelen 7, 8 en 29.1 (27 in 2010) van de zorgverzekering 2009 en 2010 zijn volgens de artikelen 2.5, 2.12 en 2.13 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 2.4 Rzv. Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft op 3 december 2009 een verstandskies laten verwijderen door de kaakchirurg. Op 1 februari 2010 is nog een verstandskies verwijderd door de kaakchirurg. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op deze zorg. Hetgeen partijen onder meer verdeeld houdt zijn de tarieven die voor deze zorg door het ziekenhuis zijn gedeclareerd. Voor deze behandelingen heeft het ziekenhuis de volgende codes en bedragen bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd:

code	omschrijving	Totaal notabedrag	vergoeding
234003	Consult	374,40	46,10
234003	Consult	374,40	30,90
234041	Operatieve verwijdering van een gebitselement	374,40	168,50
234041	Operatieve verwijdering van een gebitselement	374,40	86,60
239452	Orthopantomogram en röntgen-schedelprofiel onder	374,40	19,10
239455	Röntgengebitsonderzoek, ongeacht aantal en soort	374,40	23,20
234041	Operatieve verwijdering van een gebitselement	256,55	171,23
234041	Operatieve verwijdering van een gebitselement	256,55	85,32

- 9.2. Sinds 1 januari 2009 dienen de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) in één nota, onder één declaratiecode te worden gedeclareerd. Deze kosten zijn opgebouwd uit het honorarium van de kaakchirurg, eventueel de techniekkosten en het kostendeel van de instelling, in dit geval het ziekenhuis.
- 9.3. In Bijlage 3 bij de tariefbeschikking voor kaakchirurgische hulp is bepaald dat indien een consult direct wordt gevolgd door een verrichting uit Tariefgroep II van de tarievenlijst, het consult niet in rekening wordt gebracht. Uit de door het ziekenhuis gedeclareerde verrichtingen blijkt dat op 3 december 2009 een consult heeft plaatsgevonden en een gebitselement operatief is verwijderd. Het operatief verwijderen van een gebitselement is in Bijlage 1 van de tariefbeschikking opgenomen in Tariefgroep II. Hieruit volgt dat de kosten van het consult niet in rekening gebracht hadden mogen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten dan ook ten onrechte ten laste van de zorgverzekering van verzoeker aan het ziekenhuis vergoed.

Eigen risico

- 9.4. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker in 2009 een wettelijk verplicht eigen risico ter hoogte van € 155,-- had. In 2010 bedroeg dit verplichte eigen risico € 165,--. Daarnaast had verzoeker in beide jaren een vrijwillig eigen risico van € 500,--.
- 9.5. In artikel 7 van de zorgverzekering is bepaald dat de kosten van mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar niet ten laste van het verplichte dan wel het vrijwillige eigen risico komen. De chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard is hiervan echter uitgezonderd en komt derhalve wel ten laste van het eigen risico. Anders dan verzoeker stelt, valt het verwijderen van verstandskiezen door een kaakchi-

rurg in een situatie als de onderhavige onder de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard. De zorg wordt immers verleend door de kaakchirurg. Dat de tandarts in 2009 eveneens twee verstandskiezen bij verzoeker heeft verwijderd, en deze zorg toen wel is aangemerkt als zorg waarop het eigen risico niet van toepassing is, is hierbij niet van belang. Artikel 7 van de zorgverzekering 2009 en 2010 verklaart de eigen risicoregeling immers niet van toepassing op reguliere tandheelkundige hulp, maar wél op tandheelkundige hulp van specialistische aard.

- 9.6. De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandelingen door de kaakchirurg terecht ten laste van het verplichte en vrijwillige eigen risico van 2009 en 2010 heeft gebracht. Zoals onder 9.3 is geconcludeerd, zijn de kosten van het consult op 3 december 2009 echter ten onrechte ten laste van de zorgverzekering vergoed. Deze kosten zijn daarom ook ten onrechte ten laste van het verplichte dan wel vrijwillige eigen risico 2009 gebracht.

Incassokosten

- 9.7. Ten aanzien van de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie na afloop van de zitting medegedeeld deze kosten, groot € 231,35, te laten vervallen. Gelet op deze toezegging, en nu niet is gebleken dat bij verzoeker een hoger bedrag in rekening is gebracht, laat de commissie dit punt verder rusten.
- 9.8. De administratiekosten van € 15,-- maakten reeds deel uit van de overgedragen vordering en deze zijn, bij uitblijven van enige betaling door verzoeker, terecht in rekening gebracht.

Schadevergoeding

- 9.9. Verzoeker heeft eerst ter zitting vergoeding gevorderd van de door hem gemaakte kosten voor het aangetekend versturen van brieven en van de in verband met deze kwestie bestede uren. Hiernaar gevraagd, is door verzoeker echter geen enkele onderbouwing van de vordering gegeven. De commissie concludeert dat de vordering, onvoldoende is onderbouwd en dat deze om die reden moet worden afgewezen.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de kosten van het consult betreft. Uit de brieven van het incassobureau van 16 en 29 augustus 2011 blijkt dat verzoeker de hoofdsom inmiddels heeft voldaan. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve een bedrag van € 77,-- aan verzoeker te restitueren voor de ten onrechte met het eigen risico verrekende kosten van het consult op 3 december 2009. Hierop mag de ziektekostenverzekeraar het nog door verzoeker verschuldigde bedrag van € 15,-- aan administratiekosten in mindering brengen.
- 9.11. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals bepaald onder 9.10.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 7 december 2011,

Voorzitter