

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Mondzorg, implantaten
Zaaknummer : 2010.01729
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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Plus 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 tandheelkundige kosten (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 22 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van maximaal € 485,62, wordt ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 juni 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 e-mail van 28 oktober 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een bedrag van € 1.210,-- in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 december 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 december 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 februari 2011 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij conform de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op een bedrag van € 750,-- per kalenderjaar met betrekking tot de kosten van een implantaatbehandeling, en € 460,-- per jaar voor overige tandheelkundige kosten. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar UPT-codes, die niet in de voorwaarden zijn opgenomen. De implantaatbehandeling is uitgevoerd door de Verwijspraktijk. Deze nota dient tot een bedrag van € 750,-- te worden vergoed. Voor de door de tandarts uitgevoerde behandelingen dient een bedrag van € 460,-- te worden uitgekeerd.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat bij artikel 13.3 (implantaten in een betande kaak) geen beperkende voorwaarden ten aanzien van de behandeling zijn gesteld. Het gaat hier om het plaatsen van een kunstwortel, waarop een kroon, een brug of een prothese wordt geplaatst. Deze onderdelen moeten in samenhang worden gezien. De ziektekostenverzekeraar betaalt echter maar een deel. Indien het toch anders mocht zijn, handelt de ziektekostenverzekeraar onrechtmatig. De betreffende bepaling is dan misleidend, hetgeen in strijd is met artikel 6:194 BW. Verzoeker stelt verder behandelingen te hebben ondergaan bij de tandarts, die hadden moeten worden vergoed op grond van artikel 13.2.
- 4.3. 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 verrichtingen in het kader van een implantaatbehandeling worden gedeclareerd met UPT-codeletter J. De kosten van kronen en bruggen worden aangeduid met codeletter R. Op de nota die verzoeker heeft gedeclareerd is één post opgenomen met de letter J, ten bedrage van € 25,62. De overige kosten zijn met andere letters gedeclareerd, zodat voor die kosten aanspraak bestaat op een bedrag van maximaal € 460,-- per kalenderjaar. De totale vergoeding komt daarmee uit op € 485,62.
- 5.2. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat de UPT-codes niet zijn opgenomen in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, stelt de ziektekostenverzekeraar dat zulks niet nodig is, omdat de codes slechts een hulpmiddel zijn in het declaratieverkeer teneinde verschillende verrichtingen van elkaar te kunnen onderscheiden.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in rubriek B is vermeld welke tarieven worden gehanteerd. Is geen tarief overeengekomen, dan wordt vergoed conform de Wmg, hetgeen inhoudt dat de UPT-codes en tarieven worden toegepast. Het is inderdaad zo dat in de polis geen codes worden vermeld. Deze zijn slechts een hulpmiddel bij het declareren. Van de door verzoeker ingediende nota komt alleen de post 'vervanging abutment' voor vergoeding op grond van artikel 13.3 in aanmerking. De beide andere posten zijn op grond van artikel 13.2.2 voor 75 percent vergoed, tot het maximum van € 460,--.

5.4. 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, 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 kosten van de tandheelkundige behandeling alsnog volledig dan wel tot een bedrag van € 1.210,-- te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

8.2. Artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

"13.2.1 Controle, röntgendiagnostiek en mondhygiëne

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor tandheelkundige behandelingen met betrekking tot controle, röntgendiagnostiek en mondhygiëne. Het betreft hier de consulten (C-codes), de mondhygiëne (M-codes of afgesproken tarieven met vrijgevestigde mondhygiënist), of röntgenfoto's (X-codes). (...)

AV-Plus 75%, tot maximaal € 460,00 (...)

13.3 Implantaten in een betande kaak

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van een implantaat in een kaak met gebitselementen. (...)

AV-Plus 100%, tot maximaal € 750,-- (...)"

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Niet in geschil is dat verzoeker aanspraak heeft op een vergoeding voor de door hem gemaakte tandheelkundige kosten. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.

- 9.2. Vast staat dat de kosten van tandheelkundige verrichtingen worden gedeclareerd met zogenoemde UPT-codes. Dat zij niet expliciet zijn vermeld in artikel 13.3 doet hieraan niet af. Verzoeker had kunnen begrijpen dat deze codes worden gehanteerd, mede omdat deze codes ook op de door hem gedeclareerde nota's zijn vermeld. Uit een verklaring van de Verwijspraktijk, waar verzoeker de implantaatbehandeling heeft laten uitvoeren, blijkt duidelijk dat voor een implantaatbehandeling de codes beginnend met de letter J worden gehanteerd. Overigens wordt in artikel 13.2.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering wel van dergelijke codes gesproken.
- 9.3. Op de door verzoeker gedeclareerde nota van de Verwijspraktijk is slechts één post met de letter J vermeld, namelijk code J44 met betrekking tot “vervanging abutment”, met een bijbehorend bedrag van € 25,62. De overige gedeclareerde bedragen betreffen de codes R, V en X. Hieruit volgt dat het bedrag van € 25,62 ten laste komt van het maximum van € 750,-- genoemd in artikel 13.3, en dat voor de overige kosten, die het in artikel 13.2.1 genoemde maximum overschrijden, geldt dat deze tot dat maximum, te weten € 460,--, dienen te worden vergoed. De door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding van € 485,62 is daarom juist.
- 9.4. **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, 23 februari 2011,

Voorzitter