



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Eigen risico, mondzorg, kaakchirurgie
Zaaknummer : 201601004
Zittingsdatum : 21 december 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,



tegen



IZZ Zorgverzekeraar NV te Nijmegen, 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 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor 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. Bij brief van 29 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 196,28 in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 in verband met de door verzoeker genoten medisch specialistische zorg.



3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Hierbij heeft hij verzocht een deel (€ 159,48) van het bij hem in rekening gebrachte eigen risico 2015 te laten vervallen (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 10 maart 2016 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-mailbericht van 4 oktober 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte € 159,48 van hem vordert (hierna: het verzoek).



3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 7 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 november 2016 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 22 en 30 november 2016 schriftelijk medegedeeld 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 verzoeker

4.1. Verzoeker is, na een implantaatbehandeling, doorverwezen naar een kaakchirurg in verband met een geïrriteerde speekselklier. De kosten van de behandeling door de kaakchirurg heeft de ziektekostenverzekeraar verrekend met het verplicht eigen risico 2015.

4.2. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de kosten heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hiertoe voert verzoeker aan dat de ziektekostenverzekeraar voorbij gaat aan het feit dat de noodzaak voor de behandeling door de kaakchirurg is ontstaan door een behandeling die wél door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. In de voorwaarden van de ziektekostenverzekeraar is over een dergelijke situatie niets opgenomen. Ook kennen de verzekeringsvoorwaarden geen artikel dat het verhalen van vervolgschade uitsluit. Gelet op deze punten is verzoeker van mening dat aantoonbare gevolgschade moet worden toegerekend aan de zorgsoort waaronder deze schade is ontstaan. In de onderhavige situatie betekent dit dat de kosten van de behandeling door de kaakchirurg behoren bij de eerder ondergane implantologische behandeling en daarom niet mogen worden betrokken in het eigen risico.

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 verklaart dat verzoeker een implantaatbehandeling heeft ondergaan. De kosten van deze zorg heeft de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft vervolgens kennelijk last gekregen van een geïrriteerde speekselklier na het gebruik van een spoelmiddel. Voor deze klachten is verzoeker verwezen naar het ziekenhuis alwaar hij is behandeld door de kaakchirurg. Deze kosten heeft de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de zorgverzekering en verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico 2015 van verzoeker.

5.2. Verzoeker meent dat de behandeling door de kaakchirurg een direct gevolg is van de implantaatbehandeling. Met betrekking hiertoe geldt dat in de verzekeringsvoorwaarden geen artikel is opgenomen waarbij zorg kan worden toegerekend aan een andere zorgsoort als deze zorg voortkomt uit complicaties bij de behandeling. Zou overigens de implantaatbehandeling zijn uitgevoerd door de kaakchirurg, dan zouden de kosten van de behandeling van de speekselklier door de kaakchirurg zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en waren deze verrekend met het verplicht eigen risico 2015.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 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 de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 159,48 ten laste van het verplicht eigen risico voor het jaar 2015 van verzoeker mag brengen.

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 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op kaakchirurgie voor verzekerden van achttien jaar en ouder bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U hebt geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties.

Wie mag de zorg verlenen

Kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg."

- 8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering heeft betrekking op het eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 375 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening.

(...)

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

(...)

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'. Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);
- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 13;
- verloskundige zorg en kraamzorg

(...).

- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg.

(...)

- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (dieetpreparaten), voor zover zij de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen leveren zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen in bruikleen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

(...)"

- 8.5. De artikelen 7 en 30 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.1 en 2.3 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.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 e.v. Bzv.
- 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 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.
- 8.8. Artikel 29 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op algemene tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 29. Algemene tandheelkundige zorg

Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Onder de algemene tandheelkundige zorg zijn de volgende prestaties opgenomen:

- consultatie en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);

- chirurgische ingrepen (H-codes).

Onder tandheelkundige zorg verstaan we ook eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032).

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, tandprotheticus en mondhygiënist. De tandprotheticus met wie wij een overeenkomst hebben gesloten en de mondhygiënist mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om eenvoudige extracties.

(...)

Vergoeding

(...)

Zorg voor de Zorg + Extra 3: ten hoogste € 750 per kalenderjaar."

- 8.9. Artikel 1.10. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de uitsluitingen en luidt, voor zover hier van belang:

"1.10. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

(...)

- (vergoeding van kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering;

- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wlz, de Zorgverzekeringswet of een andere wet (...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Niet in geschil is dat voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico geldt en dat de hoogte van dit eigen risico voor het kalenderjaar 2015 een bedrag van € 375,-- is. Voorts staat vast dat de onderhavige behandeling door de kaakchirurg in het ziekenhuis is aan te merken als kaakchirurgie, zoals omschreven in artikel 30.3 van de zorgverzekering. De kosten van een kaakchirurgische behandeling als bedoeld in dit artikel worden vergoed ten laste van de zorgverzekering en hierop is het verplicht eigen risico van toepassing.
- 9.2. Door verzoeker is betoogd dat de behandeling door de kaakchirurg direct verband houdt met de eerder uitgevoerde implantaatbehandeling en hieraan moet worden toegerekend, aangezien het aantoonbare vervolgschade betreft en de verzekeringsvoorwaarden hieraan niet in de weg staan. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling gemotiveerd bestreden. De commissie overweegt dat de stelling van verzoeker geen doel treft. De verleende zorg betreft een kaakchirurgische behandeling en deze is uitgevoerd door een kaakchirurg. De aanleiding tot de behandeling verandert de aard van de zorgverlening of de kwaliteit van de zorgaanbieder niet. Indien verzoeker meent dat de tandarts of implantoloog die de implantaatbehandeling heeft uitgevoerd, schade heeft veroorzaakt - welke schade door de kaakchirurg moest worden hersteld - is het aan hem betrokkene hierop aan te spreken. Een zodanig geschil met een zorgaanbieder kan, gelet op het bepaalde in het toepasselijke reglement, geen onderwerp zijn van de onderhavige procedure.
- 9.3. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar de nota van € 159,48 dient te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in plaats van de zorgverzekering, geldt dat artikel 1.10. van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat indien aanspraak bestaat op basis van de zorgverzekering - zoals in dit geval -, de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt. Derhalve is de commissie van oordeel dat het bedrag van € 159,48 terecht door de ziektekostenverzekeraar met het verplicht eigen risico 2015 van verzoeker verrekend.



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, 21 december 2016,




P.J.J. Vonk