

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, specificatie nota, eigen risico
Zaaknummer : 2012.03058
Zittingsdatum : 28 augustus 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11, 19, 20 en 21 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer 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 kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Uitgebreide Aanvullende verzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van een tandheelkundige behandeling (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificatie van 30 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 23 november 2012 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 6 mei 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 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 13 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 juni 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 11 juli en 8 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 17 juni 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 juni 2013 (zaaknummer 2013073265) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandeling die valt onder de code J631 niet kan worden gerekend tot de basisverzekering.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 5 augustus 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Bij onderzoek is gebleken dat onder een eerder geplaatst implantaat een ontsteking zit. Verzoeker heeft zich hiervoor op 4 mei 2012 in de praktijk van zijn tandarts laten behandelen. Aangezien de betreffende behandeling niet is uitgevoerd door de tandarts, maar door een kaakchirurg, is verzoeker van mening dat de onderhavige kosten dienen te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
 - 4.2. 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 hij op 29 mei 2012 een machtiging heeft afgegeven voor het plaatsen van implantaten in de onderkaak en voor een prothese. Deze machtiging heeft als ingangsdatum 1 april 2012. De behandeling die verzoeker op 4 mei 2012 heeft ondergaan valt niet onder de afgegeven machtiging. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat laatstgenoemde behandeling dient te worden beschouwd als reguliere tandheelkundige zorg waarvan de kosten voor rekening van verzoeker blijven.
 - 5.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de behandeling is uitgevoerd door een kaakchirurg. Ten aanzien hiervan geldt dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een tariefbeschikking heeft opgesteld voor kaakchirurgie. De door de tandarts gedeclareerde code J631 komt op deze tariefbeschikking niet voor.
 - 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 artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 27.3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op kaakchirurgie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“27.3. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

U hebt 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.

Door

Kaakchirurg.

(...)”

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering (2012) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden het wettelijk verplicht eigen risico is verschuldigd 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 € 220,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag.

(...)”

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten.

(...)”

8.4. De artikelen 7 en 27.3 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).

8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar 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.

- 8.6. Het eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 mei 2012 een machtiging afgegeven voor het plaatsen van implantaten in de onderkaak en voor een prothese met als ingangsdatum 1 april 2012. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoeker niet bestreden dat de kosten van de op 4 mei 2012 ondergane behandeling niet onder deze – nadien afgegeven – machtiging vallen. De vraag is of de kosten van de behandeling op 4 mei 2012 desalniettemin moeten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat sprake is van een kaakchirurgische behandeling, die als zodanig onder de dekking valt.
- 9.2. Met betrekking tot deze stelling merkt de commissie in de eerste plaats op dat uit het vergoedingsoverzicht blijkt dat twee bedragen, te weten € 19,65 en € 14,85 zijn verrekend met het verplicht eigen risico. Aangezien tandheelkundige zorg niet is uitgesloten van het eigen risico, bedoeld in artikel 7 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering, en onweersproken is dat dit eigen risico nog niet was volgeemaakt, zijn de bedragen van € 19,65 en € 14,85 terecht bij verzoeker in rekening gebracht.
- 9.3. Voorts is door de tandartsenpraktijk een bedrag van € 134,50 gedeclareerd, welk bedrag door de ziektekostenverzekeraar niet is vergoed. Uit de brief van 10 april 2013 blijkt dat de tandartsenpraktijk voor de betreffende declaratie de verrichtingencode J631 heeft gebruikt. Ten aanzien hiervan stelt de commissie vast dat de tandartsenpraktijk bij e-mailbericht van 6 maart 2013 heeft verklaard dat de behandeling is uitgevoerd door een Duitse Oral-chirurg. Een Oral-chirurg is geen kaakchirurg. Het gedeclareerde tarief is voorts geen tarief volgens de tariefbeschikking voor kaakchirurgie. Een en ander leidt tot de conclusie dat het hier geen kaakchirurgische hulp maar reguliere tandheelkundige hulp betreft, die niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Door verzoeker werd geen aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten die dekking biedt voor de onderhavige 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, 28 augustus 2013,

Voorzitter