

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Mondzorg, hoogte vergoeding, toezending originele nota
Zaaknummer : 2010.00103
Zittingsdatum : 6 oktober 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 12 oktober 2009 en 1 maart 2010 de kosten van een tandheeskundige behandeling (hierna: de aanspraak) deels te vergoeden tot een bedrag van € 1.396,94 resp. € 704,81, alsmede tegen de beslissing van 7 mei 2010 haar een originele nota niet toe te zenden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster 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). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Module C afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brieven van 12 oktober 2009 en 1 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten van een tandheeskundige behandeling deels worden vergoed. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar op 7 mei 2010 medegedeeld dat de het niet mogelijk is verzoekster de originele nota van de firma Hanssen toe te sturen, aangezien deze gecontracteerde leverancier de kosten rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft een deel van de resterende kosten van de tandheeskundige behandeling alsnog te vergoeden, te weten een bedrag van € 858,--.

- 3.5. Bij brief van 9 juni 2010 heeft verzoekster 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en dat hij haar de originele nota van de firma Hanssen dient toe te zenden (hierna: het verzoek).
 - 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
 - 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 28 juli en 6 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 augustus 2010 aan verzoekster gezonden.
 - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 september 2010 per email medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.9. Bij brief van 12 augustus 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 7 september 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010103937) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten uitvoeren, omdat de gedeclareerde kosten niet overeenkomen met hetgeen door de tandarts op de aanvraag is vermeld. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
 - 3.10. Verzoekster is op 6 oktober 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.11. Bij brief van 8 oktober 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 19 oktober 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 2 juli 2009 verzocht om een machtiging voor het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak en de vervaardiging en plaatsing van een boven- en onderprothese. Bij deze aanvraag was een begroting (gedateerd op 2 november 2009) gevoegd. Op 17 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster naar aanleiding van voornoemde aanvraag en begroting twee machtigingen verleend. De eerste machtiging is voor het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak. Hierbij is vermeld dat de vergoeding volgens het UPT-tarief zal plaatsvinden en dat het te vergoeden bedrag € 1.497,00 zal bedragen. De code P06 is echter afgewezen. De tweede machtiging is voor volledige vergoe-

ding van de kosten van een boven- en onderprothese op implantaten inclusief twee magneten. Het te vergoeden bedrag is € 1.642,90. Nu de ziektekostenverzekeraar haar heeft medegedeeld dat de kosten volledig zullen worden vergoed, mag hij niet achteraf een eigen bijdrage in rekening brengen.

- 4.2. Op 28 september 2009 is de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, gestart.
- 4.3. De behandelend tandarts heeft op 28 september 2009 een nota uitgebracht van € 1.496,96. Op 21 december 2009 heeft de tandarts twee nota's uitgebracht; één van € 351,20 en één van € 1.587,81. Verzoekster heeft deze nota's voor de voornoemde behandeling ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Met de beslissing van 12 oktober 2009 is een vergoeding van € 1.396,94 toegekend en met de beslissing van 1 maart 2010 een bedrag van € 704,81.
- 4.4. Verzoekster stelt dat een bedrag van € 277,59 van de onderhavige behandeling niet is vergoed, terwijl zij wel recht heeft op deze vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft twee machtigingen verleend voor in totaal een bedrag van € 3.139,90. Verzoekster meent dat dit bedrag in ieder geval vergoed moet worden. Verzoekster heeft lopende de procedure nog een bedrag van € 98,30 vergoed gekregen. Dit bedrag beschouwt zij als een coulancebetaling voor de door haar gemaakte kosten voor het telefoneren met de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. Naast het bedrag van € 277,59 vordert verzoekster de wettelijke rente hierover en het bedrag van € 1,69, hetgeen is verrekend in verband met het verplicht eigen risico. Daarnaast vordert zij € 7,50 aan telefoonkosten, het entreegeld voor de onderhavige procedure, en de reiskosten van Schagen naar Zeist in verband met het bijwonen van de hoorzitting.
- 4.6. Verder vordert verzoekster dat haar de originele nota van Hanssen Footcare van 20 november 2009 ten bedrage van € 1.050,-- wordt toegezonden.
- 4.7. Ter zitting heeft verzoekster verteld hoe een en ander verlopen is. Zij benadrukt dat de gang van zaken geen schoonheidsprijs verdient. Verzoekster heeft haar eerder aangevoerde argumenten herhaald. Verzoekster heeft ter aanvulling aangevoerd dat het eigen risico - vanwege de medische noodzaak - niet van toepassing is op tandheelkundige zorg.
- 4.8. Verzoekster 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 op grond van de door de tandarts ingediende begroting twee machtigingen zijn verleend. Achteraf blijkt dat de gedeclareerde kosten in totaal lager uitvallen dan de tandarts heeft begroot. Daarnaast is de code J51 (onderprothese) gedeclareerd, terwijl in de begroting de code J50 (boven- en onderprothese) is vermeld. De vergoedingen worden echter berekend aan de hand van de daadwerkelijk gedeclareerde kosten.
- 5.2. Voor de nota van 28 september 2009 ten bedrage van € 1.496,93 is in eerste instantie een bedrag van € 1.396,94 vergoed. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de co-

de J03 ten bedrage van € 138,00 alleen uit de zorgverzekering als sprake is van een prothese op meer dan twee implantaten. Vanwege de maximale vergoeding uit de aanvullende verzekering is hiervoor een bedrag van € 39,70 vergoed. De ziektekostenverzekeraar erkent dat dit op de verleende machtiging niet duidelijk staat vermeld. Daarnaast zijn de techniekkosten van deze code wel volledig vergoed. De ziektekostenverzekeraar kan zich voorstellen dat dit verwarrend is voor verzoekster en heeft daarom ook de resterende kosten ten bedrage van € 98,30 van deze code aan verzoekster vergoed. Hiermee zijn de kosten van deze nota, behoudens het resterende bedrag voor het verplichte eigen risico ten bedrage van € 1,69, volledig vergoed.

- 5.3. Van de nota van 21 december 2009 ten bedrage van € 1.587,81 is de code J51 in eerste instantie niet vergoed, omdat deze code niet voorkomt op de ingediende begroting. Nadat de machtiging is aangepast is een bedrag van € 858,- voor deze code aan verzoekster vergoed. Van deze nota zijn alleen de techniekkosten van de code P06 ten bedrage van € 25,- niet vergoed.
- 5.4. Van de nota van 21 december 2009 ten bedrage van € 351,20 is in totaal een bedrag van € 198,50 vergoed. Hierbij is echter de code P38 per abuis tweemaal vergoed. Het bedrag van € 56,40 zal de ziektekostenverzekeraar evenwel niet terugvorderen. De codes C13, C29 en P16 zijn niet vergoed, omdat deze op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen en de maximale vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering reeds was bereikt. De code P42 ten bedrage van € 25,60 komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.5. Ten aanzien van de door verzoekster gevorderde schadevergoeding ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding verzoekster hierin tegemoet te komen. Verzoekster heeft de vergoeding ontvangen waar zij op grond van de door haar gesloten verzekeringen recht heeft. Vergoeding van de wettelijke rente over het bedrag dat zij te weinig zou hebben ontvangen is daarom niet aan de orde. De ziektekostenverzekeraar heeft, zoals gesteld, uit coulance al een nabetaling gedaan. Ook wordt de teveel toegekende vergoeding van € 56,40 niet teruggevorderd.
- 5.6. Aangezien de firma Hanssen de nota digitaal bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend, kan deze geen originele nota aan verzoekster overleggen. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de leverancier en heeft verzoekster via de commissie een afschrift van de betreffende nota doen toekomen. Verzoekster mag dit afschrift als origineel beschouwen.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de machtiging gebaseerd is op de in de begroting vermelde codes. Uit de nota ten bedrage van € 351,20 blijkt dat ook andere codes zijn gedeclareerd. Deze vallen daarom niet onder de machtiging.
- 5.8. 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 ziektekostenver-

zekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de onderhavige tandheelkundige behandeling volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 29.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

(...)

De zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1, omvat ook het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

(...)

Eigen bijdrage:

volgens de Regeling zorgverzekering is de volgende eigen bijdrage vastgesteld:

(...)

2. als de zorg die omschreven is onder eigen bijdrage, punt 1, een uitneembare volledige prothetische voorziening of een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten betreft, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 125,- per kaak.”

- 8.3. Artikel 29.2 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. 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.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In artikel 8.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering is een aanspraak opgenomen voor overige (niet eerder specifiek vermelde) kosten van mondzorg. Op grond van de door verzoekster gesloten aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op volledige vergoeding van het honorarium tot een bedrag van maximaal € 225,-- per jaar.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft een tweetal machtigingen verleend aan verzoekster in verband met een tandheelkundige behandeling, te weten het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak en het vervaardigen en plaatsen van een boven- en onderprothese op implantaten. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hierbij gebaseerd op de door de tandarts opgestelde begroting. In deze begroting maakt de tandarts gebruik van codes om aan te geven welke verrichtingen zullen plaatsvinden. Achteraf blijkt dat de op deze begroting vermelde codes niet volledig overeenkomen met de codes die gedeclareerd zijn. Zo is bijvoorbeeld op de begroting de code J50 (boven- en onderprothese) vermeld, maar heeft de tandarts de code J51 gedeclareerd. Daarnaast heeft de tandarts verrichtingen gedeclareerd die niet op de begroting vermeld staan. Voorts heeft de tandarts op de begroting niet de juiste tarieven bij de codes vermeld, namelijk de tarieven van 2008 in plaats van die van 2009. Door voornoemde feiten kan de toegekende vergoeding afwijken van de som van de bedragen die in de machtigingen staan vermeld.
- 9.2. De commissie is gebleken dat van de nota van 28 september 2009 ten bedrage van € 1.496,93 in eerste instantie een bedrag van € 1.396,94 is vergoed. Op de vergoeding is een bedrag van €1,69 voor het resterende verschuldigde eigen risico 2009 ingehouden. Daarnaast is een bedrag van € 98,30 niet vergoed. Dit bedrag van € 98,30 is evenwel op een later tijdstip alsnog door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster betaald.
- Hiermee is de nota van 28 september 2009, behoudens het nog openstaande bedrag van het verschuldigde eigen risico, volledig aan verzoekster vergoed.
- Door verzoekster is niet weersproken dat er nog een bedrag van € 1,69 open stond van het verplichte eigen risico. Daarom gaat de commissie ervan uit dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar ter zake correct is. Dat de ziektekostenverzekeraar in de betreffende machtiging niet expliciet heeft verwezen naar het eigen risico is hier niet van belang. Het betreft hier zorg die ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed, en die niet behoort tot de zorg die van het eigen risico is uitgezonderd. Omdat het verloop van het eigen risico (nog) niet bekend was, kon de ziektekostenverzekeraar daar in redelijkheid geen voorbehoud voor maken.
- 9.3. Van de nota van 21 december 2009 ten bedrage van € 1.587,81 zijn uiteindelijk alleen de materiaal/techniekkosten met code P06 ten bedrage van € 25,-- niet vergoed. Met de machtiging van 17 juli 2009 is verzoekster er op gewezen dat code P06 niet voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoekster kon derhalve weten dat de kosten van deze verrichting voor haar rekening zouden blijven. Dat het in de machtiging genoemde bedrag nog niet was vergoed, is hier niet van belang.

- 9.4. Van de nota van 21 december 2009 ten bedrage van € 351,20 komen op grond van de zorgverzekering alleen de kosten van de verrichtingen met de codes P37 en P38 voor 75 percent voor vergoeding in aanmerking. De overige 25 percent is op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed.
- 9.5. Op grond van de zorgverzekering is voor een uitneembare volledige prothetische voorziening een eigen bijdrage verschuldigd van € 125,-- per kaak. Bij verzoekster zijn uitneembare volledige protheses op implantaten geplaatst. Zij is op grond van de polisvoorwaarden voornoemde eigen bijdrage verschuldigd. In de machtiging van 17 juli 2009 staat vermeld dat de wettelijke eigen bijdrage in mindering gebracht zal worden op het gemachtigde bedrag. Overigens is deze wettelijke eigen bijdrage op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed.
- 9.6. Ten aanzien van de vordering van verzoekster tot overlegging van de originele nota van de firma Hanssen, overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar voldoende duidelijk heeft gemaakt dat de nota digitaal bij hem is ingediend, en dat het daarom niet mogelijk is de originele nota aan verzoekster over te leggen. Met het door de ziektekostenverzekeraar aangeleverde afschrift van de betreffende nota is naar mening de commissie aan de wens van verzoekster tegemoet gekomen, zodat dit punt niet langer in geschil is.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. Op grond van de door verzoekster gesloten aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op volledige vergoeding van het honorarium van de tandarts tot een bedrag van maximaal € 225,-- per jaar. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat in 2009 het maximum van € 225,-- is vergoed. Dit is door verzoekster niet dan wel onvoldoende weersproken. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat de maximum vergoeding van € 225,-- is toegekend. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot een hogere vergoeding.

Schadevergoeding

- 9.8. Nu verzoekster de vergoeding heeft ontvangen waarop zij op grond van de polisvoorwaarden aanspraak maakt, wordt de vordering tot schadevergoeding afgewezen.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden af gewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 oktober 2010,

Voorzitter