



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Mondzorg, chirurgische ingreep verricht door tandarts
Zaaknummer : 201400540
Zittingsdatum : 5 november 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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 TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een wortelpuntoperatie en marsupialisatie (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat een gedeeltelijke vergoeding wordt verleend voor de gemaakte röntgenfoto, gedeclareerd met code X10, namelijk € 12,55. Vergoeding van de overige kosten is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 22 mei 2014 heeft verzoekster 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 september 2014 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 september 2014 telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 5 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014113884) 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 chirurgische tandheelkundige verrichting niet is uitgevoerd door een kaakchirurg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 21 oktober 2014 aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 5 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 21 november 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft op 30 januari 2014 bij een tandarts, werkzaam in een Tandheelkundig Centrum, een wortelpuntoperatie en marsupialisatie ondergaan. De tandarts heeft de door hem uitgevoerde verrichtingen gedeclareerd met de codes H43, H60, H90 en X10. De ziektekostenverzekeraar heeft enkel een vergoeding verleend van 80 percent van de kosten van de röntgenfoto (X10). Verzoekster is het met deze beslissing niet eens.
-  4.2. Verzoekster is van mening dat de gedeclareerde "H-codes" verzekerde zorg vormen ten laste van de zorgverzekering. Op grond van artikel 6:236 van het Burgerlijk Wetboek (BW) mag de ziektekostenverzekeraar een behandeling waarvoor zij is verzekerd niet uitsluiten op grond van het ontbreken van een bepaald document dan wel een doorverwijzing. De behandeling vond plaats door een tandarts die bevoegd is deze uit te voeren. Deze behandeling was bovendien medisch noodzakelijk, omdat het ging om een ontsteking. De ziektekostenverzekeraar mag de betaling dan niet weigeren.
-  4.3. Door een medische misser van een kaakchirurg is verzoekster deels invalide geworden doordat haar hele gebit "los was". Een gezichtschirurg in Duitsland heeft de jukbeenfractuur hersteld, dit nadat verzoekster vijf jaar onnodig had geleden. Zij is hierdoor getraumatiseerd.
-  4.4. Ter zitting heeft verzoekster verwezen naar de tariefbeschikking tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hier staat dat artikel 1 sub c onder 2 Wmg bepalend is. Het betreft hier hogere wetgeving. Er bestaat dekking voor chirurgische tandheelkundige hulp. Het maakt dan niet uit of de zorg wordt uitgevoerd door een kaakchirurg of door een tandarts. Een tandarts is conform de wet BIG bevoegd tot een eenvoudige dento-alveolaire ingreep, waaronder ook de onderhavige ingreep valt. De tandarts van verzoekster brengt overigens ook implantaten aan. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat als onduidelijkheid bestaat over de uitleg van de polisvoorwaarden, de wettelijke regeling leidend is.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard bij volwassenen valt onder de dekking van de zorgverzekering. Het dient dan te gaan om een behandeling door een kaakchirurg, en er dient vooraf een verwijzing te zijn geweest door de tandarts of huisarts. Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, komen de kosten hiervan niet ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat enkel aanspraak op een gedeeltelijke vergoeding van de gedeclareerde code X10. Deze vergoeding is aan verzoekster verleend. Voor de overige gedeclareerde codes is geen vergoeding mogelijk.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de oplossing voor deze kwestie is dat de regelingen in de juiste volgorde worden gezien. Verzoekster verwijst naar de Wet BIG. Deze wet bepaalt wat voor zorg iemand mag verlenen. Daarnaast is er de Wmg, die bepaalt wie welke tarieven mag declareren. Daarna is de Zvw van toepassing. Hierin staat welke zorg door de ziektekostenverzekeraar moet worden vergoed. Dan verwijst verzoekster ook nog naar een arrest van de Hoge Raad, dat naast de regelgeving moet worden gelezen. In het Bzv wordt de kaakchirurg niet expliciet genoemd, maar uit de Memorie van Toelichting is wel te halen dat hier een onderscheid dient te worden gemaakt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 zorg of diensten is geregeld onder het tabblad 'basisverzekering' van de zorgverzekering.

8.3. Op bladzijde 40 van de zorgverzekering is de aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen geregeld. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft. Hieronder is tevens begrepen het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,
- een niet-tandheerkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,
- een niet-tandheerkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheerkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. (...)"

8.4. Op bladzijde 41 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheerkundige zorg vanaf 18 jaar bestaat. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op:

- chirurgische tandheerkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties (...)

Verwijzing

U heeft alleen recht op behandeling door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van een tandarts of huisarts. (...)"

8.5. Het bepaalde op bladzijden 40 en 41 van de zorgverzekering is volgens de eerste bepaling van bladzijde 6 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.

Artikel 14 lid 2 Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

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. Bladzijde 71 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheerkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Niet elke behandeling is verzekerd. U krijgt vergoeding van kosten volgens een tabel met prestaties en bijbehorende prestatiecodes. De prestatiecodes worden vergoed tot een maximum percentage of bedrag, maar niet alle prestatiecodes worden vergoed. Kijkt u op [website]/mondzorg voor het volledige overzicht. U ziet dan welke prestatiecodes u wel vergoed krijgt en tot welk maximum percentage of bedrag."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen indien sprake is van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan worden behouden of verworven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet had voorgedaan. Ook bestaat in dit kader aanspraak bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en indien een niet-tandheelkundige medische behandeling onvoldoende resultaat zal hebben zonder de bijzondere tandheekunde. Gesteld noch gebleken is dat zich bij verzoekster één van deze situaties voordoet.
- 9.2. De zorgverzekering biedt geen dekking voor reguliere tandheelkundige zorg aan volwassenen. Wel bestaat recht op chirurgische tandheelkundige zorg door een kaakchirurg. Aangezien aan verzoekster zorg is verleend door een tandarts, en niet door een kaakchirurg, heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg. Op de 'prestatietabel tandheelkundige zorg [naam ziektekostenverzekeraar]' is bij elke door de tandarts te declareren UPT-code toegelicht of deze voor vergoeding in aanmerking komt en wat in dat geval de hoogte is van de vergoeding.
- 9.4. Gelet op de nota zijn door de tandarts vier verrichtingen gedeclareerd met de codes H43, H60, H90 en X10. Achter de codes H43, H60 en H90 staat op de prestatietabel een streepje, hetgeen betekent dat geen vergoeding mogelijk is. Bij de code X10 is vermeld dat een vergoeding van 80 percent mogelijk is. Van het gedeclareerde bedrag van € 15,69 voor deze code is door de ziektekostenverzekeraar € 12,55 vergoed, zijnde 80 percent. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Onredelijk bezwarende bepaling

- 9.5. Verzoekster heeft, onder verwijzing naar artikel 6:236 BW, gesteld dat de bepaling met betrekking tot de benodigde verwijzing onredelijk bezwarend is. Nog daargelaten dat in dit geval geen sprake is van zorg die is verleend door een kaakchirurg, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding, en de ziektekostenverzekeraar zich niet heeft beroepen op het ontbreken van een geldige verwijzing, geldt dat dit vereiste is gebaseerd op artikel 14 lid 2 Zvw. Het betreft hier een lex specialis die voor gaat op de - algemene - regeling van het BW. Aangezien voorts een zorgverzekering alleen als zodanig kwalificeert indien de (algemene) voorwaarden voldoen aan de wettelijke vereisten, kan het beroep op artikel 6:236 BW niet slagen.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 december 2014,



Voorzitter

