

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, retourneren originele nota's
Zaaknummer : 2009.00948
Zittingsdatum : 27 januari 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) C en
- 2) E beide te D hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 21 januari 2009 de kosten voor een parodontologische behandeling niet te vergoeden. Daarnaast komt verzoeker op tegen de weigering van de ziektekostenverzekeraar de originele, niet vergoede nota's retour te zenden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend chirurg meldt in zijn brief van 9 november 2008 dat hij verzoeker heeft geadviseerd contact op te nemen met zijn tandarts voor een mondhygiënische behandeling in verband met parodontale ontstekingsverschijnselen. Zonder deze behandeling kan de geplande operatie aan de aorta geen doorgang vinden.
- 3.3. Verzoeker heeft op 17 november 2008 een parodontologische behandeling gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft bij brief van 23 februari 2009 bij de ziektekostenverzekeraar een heroverweging aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 maart 2009 telefonisch aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 19 augustus heeft verzoeker 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 (hierna: het verzoek).
- 3.7. 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 stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 22 oktober 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 november 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op respectievelijk 16 november en 15 december 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 5 november 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 november 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29121413) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten doen op de grond dat onvoldoende is onderzocht of het focusonderzoek en de daaruit voortvloeiende tandheelkundige behandeling inderdaad noodzakelijk waren. Dit omdat zonder die hulp de behandeling aan de aorta onvoldoende resultaat zou hebben. Daarnaast dient te worden onderzocht of verzoeker heeft voldaan aan eventuele aanvullende voorwaarden zoals een wijzigingsvereiste of voorafgaande toestemming. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 6 januari 2010 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker is op 27 januari 2010 telefonisch gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft mondeling aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 28 januari 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 4 februari 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de kosten van de parodontologische behandeling dienen te worden vergoed. Het betrof een noodzakelijke behandeling vanwege de door verzoeker te ondergane aorta-operatie. De behandelend chirurg wilde er zeker van zijn dat bij deze operatie door het gebit geen bacteriële ontstekingen konden ontstaan. De parodontologische behandeling

moest voorkomen dat zulke ontstekingen ontstonden. Wanneer de parodontologische behandeling niet werd uitgevoerd kon de behandeling aan de aorta geen doorgang vinden.

- 4.2. Daarnaast komt verzoeker op tegen weigering van de ziektekostenverzekeraar de originele, niet vergoede nota's aan hem retour te zenden. Verzoeker kan de nota's zo niet opgeven aan de Belastingdienst.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de problemen aan zijn aorta in ieder geval vanaf 27 oktober 2003 zijn begonnen en dat hij door de tandarts naar de parodontoloog is verwezen. Met betrekking tot de codes merkt verzoeker op dat hij er vanuit is gegaan dat behandelaar de juiste codes declareert.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat een parodontologische behandeling in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering wanneer de behandeling, gelijk die van 17 november 2008, betreft een "standaard consult nazorg parodontologie". Volgens de op de aanvullende verzekering toepasselijke verzekeringsvoorwaarden kan verzoeker aanspraak maken op vergoeding van één consult parodontale nazorg per kalenderjaar. Uit de gegevens van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoeker al op 29 januari 2008 een vergoeding heeft gehad voor parodontale nazorg. De op 17 november 2008 gedeclareerde behandeling komt dan ook niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. Waar het gaat om het niet terug sturen van originele nota's stelt de ziektekostenverzekeraar dat het uit kostenoverwegingen niet mogelijk is originele nota's retour te zenden aan de verzekerde. De ziektekostenverzekeraar raadt verzekerden daarom altijd aan kopieën te maken van het declaratieformulier en van de originele nota's voor de eigen administratie. Zo nodig kan verzoeker de uitkeringsspecificaties naar de Belastingdienst sturen.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat uit de stukken niet is gebleken van een medische noodzaak voor een parodontologische behandeling in verband met problemen aan de aorta.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 21 januari 2009 de kosten van de parodontologische behandeling niet te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier 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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B29.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

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

- (...)
- *Een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft, die in directe relatie staat tot de benodigde tandheelkundige behandeling,*
- *Een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben;”*

- 7.3. Artikel B29.1 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d Zvw mag een Zorgverzekering - samengevat - niet meer of minder bieden dan in de Zvw, het Bzv en de Rzv is geregeld.
- 7.4. 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Uit artikel B29.1 volgt dat aanspraak bestaat op bijzondere tandheelkunde indien betrokkene een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde onvoldoende resultaat zal hebben. Uit de nota van de behandelend zorgverlener – welke leidend is voor de beoordeling – blijkt dat de UPT-code T54 is gedeclareerd. Volgens de tarievenlijst van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kan de UPT-code T54 alleen worden gedeclareerd na uitgevoerde initiële behandelingen. Dit impliceert dat verzoeker in het verleden al parodontologische behandelingen heeft ondergaan. Dit blijkt ook uit het feit dat hij van de ziektekostenverzekeraar eerder een vergoeding heeft gekregen voor nazorg, welke blijkaar op 29 januari 2008 is verleend. Uit de overgelegde stukken is niet gebleken dat deze eerder uitgevoerde behandeling heeft plaatsgevonden in het kader van bijzondere tandheelkunde. De commissie concludeert dat aldus niet aannemelijk is dat de onderhavige behandeling rechtstreeks verband houdt met de geplande medische

ingreep. Een (verzekerings) indicatie als bedoeld in artikel B29.1 van de zorgverzekering ontbreekt derhalve.

- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek voor zover dit ziet op de zorgverzekering dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. Volgens de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van één consult parodontale nazorg gedurende de gehele verzekerde periode. Aangezien verzoeker reeds een vergoeding heeft gehad voor een consult nazorg op 29 januari 2008 komt het consult op 17 november 2008 niet voor vergoeding in aanmerking.

Werking privaatrecht

- 7.9. Daarnaast komt verzoeker op tegen weigering van de ziektekostenverzekeraar de originele, niet vergoede nota's (onder andere van de Mondhygiëne Praktijk) retour te zenden. Verzoeker stelt deze nota's nodig te hebben voor de aangifte inkomstenbelasting. De commissie neemt aan dat verzoeker hierbij doelt op de Persoonsgebonden aftrek. Uit de gegevens op de website van de Belastingdienst blijkt evenwel dat bij de aangifte geen bijlagen meegezonden hoeven te worden. De originele nota's zijn daartoe dus niet noodzakelijk. Zo de Belastingdienst hierom verzoekt kan naar de commissie verwacht worden volstaan met toezending van de uitkeringspecificaties of gewaarmerkte kopieën, desgevraagd te verstrekken door de ziektekostenverzekeraar.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2010,

Voorzitter