

UITSpraak

SGIM 2017-036

Van

De Geschilleninstantie Mondzorg ex artikel 3 Reglement Geschilleninstantie Mondzorg d.d.1 januari 2017, hierna te noemen het 'Reglement', van Stichting Geschilleninstantie Mondzorg.

Inzake

Het geschil van de heer **A** wonende te B, hierna te noemen 'klager', tegen

zorgaanbieder de heer **C**, tandarts te D, hierna te noemen 'verweerder'.

Verweerder is via de klachtenregeling van [beroepsorganisatie] aangesloten bij Stichting Geschilleninstantie Mondzorg.

Verloop van de procedure

1. Klager heeft bij e-mail d.d. 1 november 2017, ontvangen op gelijke datum, het geschil bij de Geschilleninstantie Mondzorg aanhangig gemaakt.
2. Verweerder heeft op 12 februari 2018 het verweerschrift ingediend.
3. Het geschil is ter zitting behandeld op 6 april 2018 te Bunnik. Beide partijen zijn ter zitting verschenen. Klager is in persoon ter zitting verschenen, vergezeld door de heer E, tandheelkundig adviseur bij organisatie F. Verweerder, is ter zitting verschenen, vergezeld door zijn gemachtigde mevrouw mr. G, jurist bij organisatie H en mevrouw I, officemanager van verweerder.

Het geschil

Het geschil betreft, zakelijk weergegeven, het verwijt van klager dat verweerder:

- een bedrag ad € 15.600,00 in rekening heeft gebracht opgebouwd uit niet in de tariefbeschikking tandheelkundige zorg van de NZa voorkomende codes;
- uiteindelijk € 1.220,00 meer in rekening heeft gebracht dan op de begroting was vermeld;
- op de factuur alle declaraties van dezelfde datum heeft voorzien waardoor de factuur niet voldoet aan de algemene voorwaarden van de tariefbeschikking.

Klager heeft aangevoerd dat hij in april 2016 voor consult bij verweerder is geweest in verband met de verslechtering van zijn gebits situatie na bestraling wegens kanker. Verweerder heeft klager toen een behandelplan voorgesteld en een begroting opgesteld ten bedrage van € 29.000,00 ten behoeve van een vaste prothetische voorziening op implantaten in de onder- en bovenkaak. Klager heeft hiermee ingestemd en ging ervan uit dat zijn verzekering gelet op zijn medische voorgeschiedenis een groot deel van de kosten mee zou betalen. Verweerder heeft klager meermaals onjuist geïnformeerd door tegen klager te zeggen dat een aanvraag indienen bij de verzekering kansloos zou zijn omdat de verzekering een dergelijke behandeling niet vergoedt omdat deze niet onder de basisverzekering valt. Achteraf blijkt dat - gelet op de medische voorgeschiedenis van klager - er wel degelijk mogelijkheden aanwezig waren om een behandeling zoals verweerder bij klager heeft uitgevoerd door de zorgverzekering vergoed te krijgen. De zorgverzekeraar was zelfs bereid de aanvraag tot vergoeding te beoordelen nadat de behandeling al was uitgevoerd. Verweerder weigert hier echter aan mee te werken. Zowel voor als na de behandeling heeft verweerder geen gehoor gegeven aan verzoeken om behandelplannen en tandheelkundige gegevens te verstrekken. Volgens klager heeft de praktijkmanager bewust proberen te voorkomen dat klager een aanvraag tot vergoeding van de behandeling bij de verzekeraar in zou dienen.

Achteraf is klager gebleken dat verweerder ten onrechte niet bestaande codes J82, J85, J86, J87 en J88 heeft opgevoerd hetgeen wettelijk niet is toegestaan. De verzekeraar zal deze kosten om die reden niet aan klager vergoeden. Klager heeft hierdoor ten onrechte een bedrag ad € 15.600,00 betaald dat hij niet vergoed krijgt.

Ter zitting is door de tandheekkundig adviseur van organisatie F, de heer drs. E, toegelicht dat klager gelet op zijn medische voorgeschiedenis op grond van artikel 2.7, eerste lid, onder c van het Besluit Zorgverzekering, in aanmerking kwam voor bijzondere tandheekkunde en op basis hiervan aanspraak kon maken op vergoeding van een vaste constructie op implantaten zoals verweerder bij klager heeft uitgevoerd. Verweerder heeft klager onjuist geïnformeerd door hem mede te delen dat de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking kwam omdat deze niet onder de basisverzekering zou vallen. Klager heeft op 19 april 2016 een aanvraag voor vergoeding van de behandeling ingediend bij de verzekeraar. Aangezien de aanvraag niet voorzien was van een zorgplan en een begroting heeft de verzekeraar informatie opgevraagd bij verweerder. Verweerder heeft de gevraagde informatie nooit verstrekt. Ondanks dat verweerder geen gegevens over de uitgevoerde behandeling heeft aangeleverd en er derhalve geen goedkeuring aan uitvoering van de behandeling is gegeven heeft klager een gedeelte van de factuur van de verzekeraar vergoed gekregen. Omdat verweerder een deel van de behandeling heeft gefactureerd op grond van niet bestaande codes J82, J85, J86, J87 en J88 kon de verzekeraar over dit gedeelte van de behandeling aan klager geen vergoeding geven. Buiten het feit dat verweerder codes heeft gedeclareerd die niet bestaan, heeft verweerder extra codes voor verdoving gedeclareerd bij verrichtingencodes (t.w. diverse extracties) waar de verdoving al bij inbegrepen is. Dit is eveneens niet toegestaan.

Volgens de heer E was denkbaar geweest dat klager een volledige behandeling bestaande uit een vaste constructie op implantaten vergoed had gekregen indien vooraf overleg was geweest met de verzekeraar. In overleg met de verzekeraar had het uiteindelijk behandelplan er dan mogelijk anders uitgezien en was er gekozen voor minder implantaten per kaak. Een behandelplan met 6 implantaten per kaak wordt wel door de verzekering vergoed, acht implantaten niet. Verweerder heeft 8 implantaten in de onderkaak geplaatst hetgeen volgens de heer E niet noodzakelijk is.

Klager heeft schade geleden doordat verweerder niet bestaande codes heeft gedeclareerd die niet vergoed kunnen worden door de verzekeraar en doordat verweerder zowel voor als na de behandeling niet heeft meegewerkt aan het verzoek van de verzekeraar tot het geven van informatie over de behandeling teneinde de behandeling in zijn geheel voor vergoeding in aanmerking te laten komen.

Klager vordert een schadevergoeding ter hoogte van het door hem betaalde bedrag ad € 15.600,00 terzake hetgeen aan hem ten onrechte in rekening is gebracht met niet bestaande codes.

Het verweer

Verweerder stelt zich op het standpunt dat klager heeft ingestemd met het behandelplan en de begroting en op de hoogte was van het feit dat de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking zou komen.

Verweerder heeft aangevoerd dat klager tijdens het eerste consult in maart 2016 heeft aangegeven een vaste restauratie op basis van implantaten in de onder- en bovenkaak te wensen. Verweerder heeft klager uitgelegd dat de operatie en nabehandeling omvangrijk zouden zijn maar tot een sterke verbetering van de situatie in de mond van klager zouden leiden. De praktijkmanager, mevrouw I heeft klager medegedeeld dat het onzeker was of de verzekering een dergelijke behandeling zou vergoeden. Klager heeft verweerder gevraagd hem de begrotingen te sturen zodat hij kon bekijken of hij de behandeling eventueel zelf kon financieren.

Op 6 april 2016 heeft verweerder klager 3 begrotingen gestuurd voor een totaalbedrag van € 28.410,98. Op 7 april 2016 heeft klager verweerder per e-mail laten weten dat hij, hoewel hij de bedragen fors vond, geen vragen over de begroting had en heeft hij gevraagd of hij, als hij een lening kreeg, de behandeling in etappes zou kunnen betalen. Tevens heeft klager in deze e-mail aangegeven contact op te zullen nemen met de verzekeraar. Dezelfde dag heeft de praktijkmanager klager per e-mail laten weten dat de behandeling niet onder de basisverzekering zou vallen en dat betaling in termijnen zonder rente mogelijk was.

Op 12 april 2016 heeft klager verweerder gevraagd een aanvraag in te dienen bij de zorgverzekering omdat hij hoopte dat deze vanwege zijn leeftijd, de bij hem uitgevoerde bestralingen en het slinken van het kaakbot, de behandeling toch zou vergoeden.

Verweerder heeft vervolgens een aanvraag ingediend bij de zorgverzekeraar en aan hem werd verzocht aanvullende informatie over de medische achtergrond van klager te verstrekken. Aangezien klager onder behandeling van een andere tandarts was geweest beschikte verweerder niet over deze gegevens en heeft hij klager verzocht deze te verstrekken. Ondanks herhaaldelijk verzoek van de praktijkmanager heeft klager de gegevens niet aan verweerder doen toekomen zodat het hem niet mogelijk was een nieuwe aanvraag in te dienen.

Op 21 april 2016 heeft klager verweerder laten weten het niet handig te vinden om de behandeling te vertragen door te wachten op het antwoord of de zorgverzekeraar de behandeling al dan niet zou vergoeden en op 11 mei 2016 een afspraak voor het uitvoeren van de behandeling te willen maken.

Op 11 mei 2016 zijn de implantaten en tijdelijke bruggen bij klager geplaatst. Voorafgaande aan de behandeling heeft klager de begrotingen en het formulier "Toestemming voor een operatie" (informed consent) getekend. De behandeling heeft zes uur geduurd en was in verband met de behandelingen die klager eerder had ondergaan complex. Vooral de onderkaak was in slechte conditie door de eerder ondergane medische behandelingen. Verweerder heeft 6 implantaten in de bovenkaak en 8 implantaten in de onderkaak geplaatst in verband met de slechte conditie van de onderkaak en om zeker te kunnen zijn dat de vaste constructie 10 jaar mee zou kunnen gaan. Nadat het bot rondom de implantaten voldoende was vastgegroeid zijn de vaste bruggen geplaatst. Klager was zeer tevreden over de behandelingen en blij met de porseleinen bruggen. Ook bij de laatste controle in februari 2017 was klager nog steeds zeer tevreden over de uitgevoerde behandeling.

Verweerder was zeer verrast dat klager thans een deel van het betaalde bedrag voor de behandeling terugvordert. De behandeling is gefactureerd naar aanleiding van de vooraf gegeven en door klager ondertekende begroting. Er is alleen een bedrag voor extra botopbouw bijgekomen omdat tijdens de behandeling bleek dat dit noodzakelijk was. Direct na de behandeling is aan klager medegedeeld waarom er extra botopbouw nodig was en klager is hier akkoord mee gegaan.

In februari 2017 heeft verweerder een tweede aanvraag voor de behandeling van klager bij de zorgverzekering ingediend. Verweerder heeft alleen een ontvangstbevestiging gekregen met de mededeling dat het antwoord op de aanvraag aan klager gestuurd zou worden. Verweerder heeft nadien niets meer van klager vernomen. Verweerder betwist dat de praktijkmanager er bewust op aan heeft gestuurd dat hij geen aanvraag in zou dienen. Door de praktijkmanager is meerdere keren met de zorgverzekeraar gebeld en gemaild.

De gedeclareerde prestatiecodes J82 en J85 met betrekking tot de porseleinen bruggen past verweerder bij zijn praktijkvoering in zijn algemeenheid toe bij behandelingen die niet onder de basisverzekering vallen. Om die reden zijn ze niet bekend bij de zorgverzekeraar. Er is geen sprake van niet-bestaande of oneigenlijke codes aldus verweerder. Nu is gebleken dat de verweerder toch in aanmerking komt voor vergoeding van de behandeling door de zorgverzekeraar is verweerder bereid de ontbrekende verrichtingencodes voor de porseleinen bruggen aan te passen zodat klager deze alsnog door de zorgverzekeraar vergoed kan krijgen. Klager heeft hem hier echter nooit om gevraagd.

Ter zitting is door de gemachtigde van verweerder gesteld dat klager ten onrechte kosten terugvordert wegens onverschuldigde betaling. Op het moment dat klager akkoord ging met de behandelingen en getekend heeft voor de begrotingen wist hij nog niet of de behandelingen door de zorgverzekeraar vergoed zouden worden. De praktijkmanager heeft hem zelfs gewaarschuwd dat er een grote kans was dat dit problematisch zou kunnen zijn. Desondanks heeft klager de behandeling uit laten voeren. Klager heeft niet zonder rechtsgrond betaald, hij heeft betaald voor de behandeling bestaande uit implantaten en porseleinen bruggen die hij ook heeft gekregen. Normaal gesproken vordert een zorgverzekeraar verkeerd gedeclareerde bedragen terug van de zorgverlener onder vermelding van de verkeerde prestaties. In dit verband vraagt verweerder zich af waarom de zorgverzekeraar dat niet heeft gedaan. Ook van het aanbod de betreffende codes J82 en J85 te wijzigen nadat hem bekend was geworden dat klager in aanmerking kwam voor een (gedeeltelijke) vergoeding van de behandeling heeft klager geen gebruik gemaakt.

Door de praktijkmanager is aangegeven dat het in de praktijk gebruikelijk is dat er met de codes J82 en J85 wordt gedeclareerd omdat de tariefbeschikking van de NZa niet voorziet in verrichtingen op grond van een all-on-4 behandeling zoals verweerder bij klager heeft uitgevoerd. Bij een dergelijke behandeling worden in één behandeling alle implantaten geplaatst en een tijdelijke vaste voorziening op de implantaten vervaardigd. Om die reden zijn op de factuur de verrichtingen nagenoeg allemaal van dezelfde datum.

Verweerder spreekt zelf geen Nederlands en heeft via zijn praktijkmanager medegedeeld zijn uiterste best voor klager te hebben gedaan en zijn keuze voor het plaatsen van meerdere implantaten in de onderkaak te hebben gebaseerd op basis van de slechte conditie van de onderkaak en de wens een lange en duurzame voorziening voor klager te kunnen vervaardigen. Verweerder ging ervan uit dat er indien er in verband met de slechte conditie van de onderkaak op enig moment enkele implantaten verloren zouden gaan er nog voldoende implantaten aanwezig zouden zijn om de vaste constructie te kunnen dragen.

De beoordeling

Bevoegdheid Geschilleninstantie Mondzorg

Partijen zijn overeengekomen dit geschil bij bindend advies door de Geschilleninstantie Mondzorg te laten beslechten. De Geschilleninstantie Mondzorg stelt vast dat verweerder is aangesloten bij de Geschilleninstantie Mondzorg en acht zich dan ook bevoegd om met inachtneming van het bepaalde in het Reglement uitspraak te doen over het geschil.

Ontvankelijkheid

Geschillencommissie Mondzorg overweegt dat het geschil betrekking heeft op een ongenoegen als bedoeld in artikel 1 van het Reglement. Klager heeft dit ongenoegen als klacht eerst voorgelegd aan verweerder en ondanks tussenkomst van de klachtenfunctionaris van de [beroepsorganisatie] zijn partijen niet tot een oplossing gekomen. De Geschilleninstantie Mondzorg verklaart het geschil ontvankelijk.

Inhoudelijke beoordeling

De Geschilleninstantie stelt vast dat de kern van het geschil zich toespitst op het feit dat klager een gedeelte van de behandeling niet vergoed krijgt van de verzekeraar omdat verweerder heeft gefactureerd op basis van niet bestaande codes en ook anderszins niet danwel onvoldoende heeft meegewerkt aan het verkrijgen van een vergoeding van de behandeling en klager daarover bovendien onjuist heeft geïnformeerd.

De Geschilleninstantie Mondzorg overweegt dat op de arts-patiënt relatie de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), van toepassing is. Deze Wet legt een zorgverlener de verplichting op bij de uitvoering van de behandelovereenkomst de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen en daarbij te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de voor de hulpverlener geldende professionele standaard. Voordat wordt overgegaan tot het uitvoeren van een behandeling dient de zorgverlener een adequaat behandelplan en daarbij horende begroting op te stellen en de patiënt hierover te informeren. Een voor tandartsen geldende wettelijke norm is dat de begroting en de declaratie dienen te worden gespecificeerd conform de krachtens de Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg) door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voorgeschreven prestatiebeschrijvingen en coderingen in de beleidsregels tandheelkundige zorg, tandheelkundige zorg AWBZ, jeugd tandverzorging instellingen, orthodontische zorg en bijzondere tandheelkunde instellingen. In dit geval geldt de Tariefbeschikking TB/CU-7135-04.

De commissie stelt voorop dat voor aansprakelijkheid van verweerder vereist is dat voldoende aannemelijk is dat verweerder tekort is geschoten in het nakomen van de behandelingsovereenkomst. De aanwezigheid van onzorgvuldig handelen en/of nalaten is een vereiste voor aansprakelijkheid van verweerder. Van onzorgvuldigheid wordt gesproken indien niet volgens de regels der medische kunst is gehandeld en er een fout is gemaakt die een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot in dezelfde omstandigheden niet zou hebben gemaakt. De tekortkoming moet aan verweerder kunnen worden verweten en klager moet door deze tekortkoming schade zijn toegebracht.

Vast staat dat verweerder een gedeelte van de behandeling heeft gefactureerd op basis van niet bestaande codes. Vast staat voorts dat de verzekeraar om die reden een gedeelte van de behandeling niet aan klager heeft vergoed. Verweerder heeft gesteld niet bestaande codes te declareren omdat de tariefbeschikking tandheelkunde van de NZa niet voorziet in een all-on-4 behandeling zoals door verweerder is uitgevoerd.

De Geschilleninstantie Mondzorg overweegt dat de tarieven die een tandarts in rekening mag brengen jaarlijks worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en zijn neergelegd in de zogenoemde UPT-codes. De UPT-codes omvatten maximumtarieven. Een tandarts mag voor zijn verrichtingen maximaal de tarieven in rekening brengen die in de tarievenlijst zijn vermeld. Dat de verrichtingen behorende tot een all-on-4 behandeling niet zijn omschreven in de tarievenlijst van de NZa betekent niet dat de UPT-codes niet op de verrichtingen van toepassing zijn. In een dergelijk geval dient de code die het meest overeenstemt met de verrichting te worden gekozen en in rekening te worden gebracht. Verweerder heeft nagelaten dit te doen en is ook nadien zijn aanbod tot het aanpassen van de codes in wel in de tariefbeschikking van de NZa voorkomende codes niet nagekomen.

Verweerder heeft hiermede gehandeld in strijd met de voor hem geldende wettelijke bepalingen en is tekortgeschoten in hetgeen van hem als redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot mag worden verwacht. Van verweerder had mogen worden verwacht dat hij er alles aan zou doen dat klager de behandeling van de verzekeraar vergoed zou krijgen.

Daarnaast heeft verweerder klager onjuist geïnformeerd over de mogelijkheid tot het verkrijgen van een vergoeding van de verzekeraar. Het had op de weg van verweerder gelegen om - gelet op de medische voorgeschiedenis van klager - in overleg met de verzekeraar te treden om een behandeling vergoed te krijgen op basis van de vergoedingen voor bijzondere tandheelkunde. Door klager mede te delen dat een behandeling als deze niet onder de basisverzekering valt heeft verweerder onjuist gehandeld en niet gehandeld zoals van hem als zorgvuldig handelend tandarts wordt verwacht.

De omstandigheid dat verweerder in april 2016 niet is ingegaan op het verzoek van de verzekeraar om nadere informatie met als doel meer inzicht te krijgen in de mogelijkheid tot het vergoeden van de behandeling van klager is verweerder eveneens te verwijten. Door het nalatig handelen van verweerder en het toepassen van niet bestaande codes die niet door de verzekeraar vergoed worden heeft klager schade geleden waarvoor verweerder aansprakelijk is. Het klachtonderdeel ten aanzien van het ten onrechte in rekening brengen van bedragen op basis van niet bestaande codes is gegrond.

De Geschilleninstantie acht voldoende aannemelijk en ter zitting is niet weersproken dat klager op de dag van de behandeling akkoord is gegaan met het bedrag ten behoeve van extra botopbouw. Tevens was klager op de hoogte dat de behandeling volgens het zogenaamde all-on-4 concept zou worden uitgevoerd hetgeen betekent dat de behandeling grotendeels in één dag wordt uitgevoerd. Dat de vermelde behandelingen op de factuur zoveel mogelijk op één datum zijn gesteld acht de Geschilleninstantie Mondzorg dan ook niet onjuist. Deze klachtonderdelen zijn ongegrond.

De Geschilleninstantie ziet aanleiding tot het toekennen van een schadevergoeding. Ten aanzien van de hoogte van die vergoeding heeft het volgende te gelden. Vast staat dat verweerder een bedrag ter grootte van € 15.600,00 heeft gedeclareerd op basis van niet bestaande codes J82, J85, J86, J87 en J88. De Geschilleninstantie is mede gelet op de toelichting door de verzekeraar ter zitting van oordeel dat in voldoende mate is komen vast te staan dat klager over dit door hem aan verweerder betaalde bedrag geen vergoeding van zijn zorgverzekeraar heeft gekregen omdat dit is gedeclareerd met gebruikmaking van niet bestaande codes.

Nu klager dit bedrag heeft gespecificeerd kon verweerder daartegenover niet volstaan met het in algemene termen verwoorde verweer dat een deel van dit bedrag sowieso niet of met aangepaste codes juist wel zou zijn vergoed. Om diezelfde reden kan in het midden blijven welk bedrag klager vergoed had gekregen als de verzekeraar in een eerder stadium bij de behandeling was betrokken. De Geschilleninstantie Mondzorg is dan ook van oordeel dat het ervoor moet worden gehouden dat klager door het niet vergoed krijgen van €15.600,00 voor de behandeling tot dat bedrag schade heeft geleden hetgeen door verweerder vergoed dient te worden.

Uitspraak

De Geschilleninstantie Mondzorg oordeelt dat:

- de klacht met betrekking tot het declareren van € 15.600,00 op basis van niet bestaande codes gegrond is;
- klager een schadevergoeding ten bedrage van € 15.600,00 wordt toegewezen te vermeerderen met het door klager betaalde griffiegeld ad € 75,00;
- de klacht voor het overige ongegrond is.

Aldus uitgebracht door:

Geschilleninstantie Mondzorg

6 april 2018