



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Mondzorg, implantaatbehandeling, hoogte vergoeding niet-gecontracteerde zorgaanbieder, telefonische toezegging
Zaaknummer : 201800887
Zittingsdatum : 31 oktober 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017 en 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017 en 2018)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, 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 grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Rotterdampakket Doelgroep Rotterdam en Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Rotterdam afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering 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 vergoeding van de kosten van een implantaatbehandeling in combinatie met het vervaardigen van een boven- en onderprothese ten bedrage van totaal € 3.426,20 (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificatie van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 2.833,08 worden vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 30 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 11 mei 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 2.833,08, in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 augustus 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 september 2018 aan verzoeker gezonden.

 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 september 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 oktober 2018 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar twee aanvragen ingediend ter zake van een implantaatbehandeling in combinatie met het vervaardigen en plaatsen van een boven- en onderprothese. In reactie op de betreffende aanvragen heeft de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 25 september 2017 en 16 oktober 2017 medegedeeld dat deze zijn goedgekeurd. Na ontvangst van de beide brieven verkeerde verzoeker in de veronderstelling dat de kosten volledig zouden worden vergoed.

 4.2. De verwondering was dan ook groot toen de ziektekostenverzekeraar verzoeker in maart 2018 berichtte dat van de gedeclareerde nota ten bedrage van totaal € 3.426,20 slechts een bedrag van € 2.833,08 voor vergoeding in aanmerking kwam. Verzoeker kon zich hiermee niet verenigen en heeft de ziektekostenverzekeraar om opheldering gevraagd. In reactie op dit verzoek ontving verzoeker op 30 april 2018 een e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar met daarin de mededeling dat hij op de website van de ziektekostenverzekeraar een overzicht met gecontracteerde zorgaanbieders had kunnen raadplegen. Omdat verzoeker echter geen toegang tot internet heeft en de Nederlandse taal niet machtig is, was hij niet in staat te controleren of de zorgaanbieder bij wie hij de behandeling wilde laten uitvoeren door de ziektekostenverzekeraar was gecontracteerd.

 4.3. Verder voert verzoeker aan dat hij medio september 2017 telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, waarbij hij heeft gevraagd of een implantaatbehandeling bij deze zorgaanbieder wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar, ten laste van de zorgverzekering. In antwoord op deze vraag is verzoeker medegedeeld dat er geen kosten bij hem in rekening zouden worden gebracht. In ieder geval is verzoeker op een zodanige wijze geïnformeerd dat hij hieruit mocht begrijpen dat aan hem geen kosten zouden worden gefactureerd.

 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar twee aanvragen ingediend ter zake van een implantaatbehandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brieven van 25 september 2017 en 16 oktober 2017 medegedeeld dat de aanvragen zijn goedgekeurd. Verder heeft de

ziektekostenverzekeraar in de betreffende brieven opgenomen dat mogelijk niet de gehele behandeling wordt vergoed indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

- 5.2. Verzoeker stelt dat hij in september 2017 telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar en dat tijdens dit gesprek door de betreffende medewerker is gezegd dat een implantaatbehandeling volledig wordt vergoed, ten laste van de zorgverzekering. Met betrekking tot deze stelling voert de ziektekostenverzekeraar aan dat uit zijn administratie niet blijkt dat er in september 2017 met verzoeker telefonisch contact is geweest. Wel maakt de ziektekostenverzekeraar uit de telefoonnotities op dat in oktober 2017 met verzoeker is gesproken over de vergoeding van de kosten van een implantaatbehandeling. Tijdens dit gesprek is aan verzoeker medegedeeld dat een deel van de kosten mogelijk niet wordt vergoed indien hij kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de implantaatbehandeling op dat moment al was uitgevoerd.
- 5.3. In maart 2018 heeft verzoeker bij de zelfde zorgaanbieder een prothese op implantaten laten vervaardigen. De kosten van deze prothese heeft de ziektekostenverzekeraar eveneens niet volledig vergoed.
- 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 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 2.833,08, 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 31.1 van de zorgverzekering (2017) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- 1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel hebt;*
 - 2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
 - 3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.*
- (...)"*

- 8.4. Artikel 31.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige implantaten bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde:

- 1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel hebt;*
- 2. als u een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. (...)"*

- 8.5. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 33. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u recht op een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten. Tot een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de mesostructuur).

U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese. (...)"

- 8.6. Artikel 1.4 van de zorgverzekering (2017) regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde zich voor zorg tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. (...)"

Eenzelfde regeling is opgenomen voor het jaar 2018.

- 8.7. De artikelen 1.4, 31.1, 31.2 en 33 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is

te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Mondzorg naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.

- 8.9. 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. Niet in geschil is dat de tandheelkundige zorg ter zake waarvan door verzoeker een declaratie is ingediend een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker ten tijde van de behandeling hiervoor een (verzekerings)indicatie had. Enkel de hoogte van de toegekende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Vast staat dat verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een naturapolis heeft afgesloten en dat hij de onderhavige behandeling heeft laten uitvoeren door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In een dergelijke situatie bepaalt artikel 13 Zvw dat indien een verzekerde een zorg of dienst betreft bij een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of diensten gemaakte kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft hieraan invulling gegeven door in artikel 1.4 van de zorgverzekering op te nemen dat verzekerden, indien deze gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg, aanspraak hebben op 80 percent van het in Nederland geldende wettelijke tarief of – indien geen wettelijk tarief is vastgesteld – een vergoeding overeenkomstig de lijst van maximale vergoedingen.
- 9.3. Door verzoeker is aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van het bepaalde in artikel 1.4 van de zorgverzekering, toch gehouden is de onderhavige kosten volledig te vergoeden. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker gesteld dat hij op zowel 25 september 2017 als op 16 oktober 2017 van de ziektekostenverzekeraar een schrijven heeft ontvangen waarin hem wordt medegedeeld dat de kosten volledig zullen worden vergoed. De commissie deelt dit standpunt van verzoeker niet. In genoemde brieven wordt weliswaar een akkoordverklaring gegeven voor de aangevraagde behandelingen, maar op de tweede pagina van de betreffende brieven wordt expliciet vermeld dat mogelijk een lagere vergoeding wordt verleend indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt verwezen naar de website van de ziektekostenverzekeraar. Indien de verzekerde niet de beschikking heeft over internet kan telefonisch contact worden opgenomen. Door verzoeker is in dit verband gesteld dat hij niet beschikt heeft over internet. Gelet op deze omstandigheid lag het op de weg van verzoeker de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar op te vragen. Gesteld nog gebleken is echter dat verzoeker dit stuk bij de ziektekostenverzekeraar heeft opgevraagd.
- 9.4. Gelet op voornoemde verzekeringsvoorwaarde, de onderliggende wetgeving, en de brieven van 25 september 2017 en 16 oktober 2017 van de ziektekostenverzekeraar, mocht verzoeker niet erop vertrouwen dat de kosten van de aangevraagde behandelingen zonder meer volledig zouden worden vergoed. Het stond de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 13 Zvw in samenhang met artikel 1.4 van de zorgverzekering vrij de kosten van de onderhavige implantaatbehandeling

slechts gedeeltelijk te vergoeden. Dat de door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding niet juist zou zijn is door verzoeker niet gesteld zodat de commissie dit punt verder laat rusten.

Telefonische toezegging

- 9.5. Verzoeker heeft voorts aangevoerd dat hij medio september 2017 telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hij heeft gevraagd of een implantaatbehandeling bij deze zorgaanbieder wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. In antwoord op deze vraag heeft de betreffende medewerker volgens verzoeker verklaard dat de kosten van een dergelijke behandeling volledig door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat hem niet bekend is dat verzoeker medio september 2017 telefonisch contact heeft gezocht. Wel is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat hij in oktober 2017 met verzoeker een gesprek heeft gevoerd over de vergoeding van een implantaatbehandeling. Met betrekking tot het voorgaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.6. De commissie stelt allereerst vast dat verzoeker in de procedure niet erin is geslaagd aannemelijk te maken dat hij in september 2017 met de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact heeft gehad. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoeker niet is medegedeeld op welke datum het betreffende gesprek exact heeft plaatsgevonden en met wie hij toen heeft gesproken. Niet alleen is niet komen vast te staan dat verzoeker in september 2017 met de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact heeft gehad, maar ook is niet aannemelijk gemaakt dat bij deze gelegenheid van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Hetzelfde geldt overigens voor het door de ziektekostenverzekeraar genoemde telefonisch contact in oktober 2017. Ook van dit gesprek is niet gebleken dat aan verzoeker is toegezegd dat de kosten van een implantaatbehandeling volledig worden vergoed. Sterker nog, door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet weersproken, dat in dit gesprek aan verzoeker is medegedeeld dat de kosten mogelijk niet volledig worden vergoed indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Conclusie

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

Zeist, 14 november 2018,

H.A.J. Kroon