



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Mondzorg, GGZ-zorg, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201402719
Zittingsdatum : 1 juli 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker was in 2014 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van zijn echtgenote een zorgverzekering afgesloten. Verder waren in 2014 ten behoeve van verzoeker en zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Best, VGZ Tand Beter en Overgangsregeling SIZ afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde 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. Verzoeker heeft vanaf 2012 bij de ziektekostenverzekeraar verschillende begrotingen voor tandheelkundige zorg ingediend en daarbij het verzoek gedaan hem mede te delen welke kosten zouden worden vergoed. Bij brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld welke kosten voor vergoeding in aanmerking komen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker heeft aangeboden zijn aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Beter te wijzigen in VGZ Tand Best, zonder een tandheelkundige selectie. Van dit aanbod heeft verzoeker met ingang van 1 januari 2015 gebruik gemaakt.

3.4. Bij e-mailbericht van 8 januari 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen, naar de commissie de stellingen van verzoeker begrijpt, dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is zowel de kosten als vermeld op de diverse begrotingen voor tandheelkundige zorg als de kosten van een GGZ-behandeling ten behoeve van de echtgenote van verzoeker alsnog volledig te vergoeden, 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 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 april 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 22 april en 30 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 20 april 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 mei 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015047714) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de overgelegde stukken valt op te maken dat de ziektekostenverzekeraar de begrotingen conform de Zvw heeft beoordeeld. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 8 juni 2015 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 juli 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 2 juli 2015 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 8 juli 2015 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 verzoeker
- 4.1. Het gebit van verzoeker was erg slecht. Hij wilde graag klarinet en saxofoon blijven spelen en heeft daarom begin 2012 diverse opties besproken met zijn tandarts. De tandarts heeft een begroting gemaakt ter zake van een voorgestelde behandeling. Deze begroting heeft verzoeker naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd met de vraag welke kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Aangezien verzoeker van de ziektekostenverzekeraar geen reactie ontving, heeft zijn tandarts een nieuwe - afwijkende - begroting gemaakt die verzoeker ook naar de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd.
- 4.2. Ook op de tweede en later ingediende - eveneens afwijkende - begrotingen heeft de ziektekostenverzekeraar niet (tijdig) gereageerd. Gezien deze handelwijze en nalatigheid meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten als vermeld op de diverse begrotingen volledig te vergoeden.
- 4.3. Verder stelt verzoeker dat zijn echtgenote op enig moment GGZ-zorg nodig had waarvoor zij is verwezen naar een GGZ-instelling in Tilburg. Omdat deze instelling een wachtlijst had, heeft verzoeker contact opgenomen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Genoemde afdeling heeft verzoeker te kennen gegeven dat zijn echtgenote zich kan wenden tot een instelling met vestigingen in Den Bosch en Eindhoven. Van dit aanbod wenst verzoeker om hem moverende redenen geen gebruik te maken. Doordat zijn echtgenote op de wachtlijst is geplaatst en verzoeker bij zijn echtgenote moest blijven heeft hij zijn vakantie naar Suriname moeten annuleren. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem een vergoeding toe te kennen vanwege het feit dat zijn echtgenote nu op de wachtlijst staat van de GGZ-instelling in Tilburg.

 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de ziektekostenverzekeraar een e-mail heeft gestuurd met daarin een verzoek om reiskostenvergoeding van zijn woonplaats naar de GGZ-instelling in Den Bosch of Eindhoven. Net als bij de begrotingen heeft de ziektekostenverzekeraar hier nooit op gereageerd.

 4.5. 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 tussen 2012 en 2015 verschillende begrotingen voor tandheelkundige zorg ter beoordeling aan de ziektekostenverzekeraar voorgelegd. Verzoeker heeft enkele begrotingen ingestuurd samen met een declaratieformulier. Deze formulieren worden automatisch verwerkt waardoor de bijbehorende begrotingen niet op de juiste afdeling terecht zijn gekomen. Hierdoor is verzoeker pas in tweede instantie geïnformeerd over de hoogte van de vergoeding.

 5.2. De begroting van 22 september 2014 ten bedrage van € 1.222,76 bestaat uit verschillende verrichtingen waarvan sommige ten laste van de zorgverzekering en andere ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed. Wanneer de behandeling in 2014 had plaatsgevonden bestond aanspraak op een vergoeding van € 1.169,98.

 5.3. Met betrekking tot de kwestie van de echtgenote van verzoeker stelt de ziektekostenverzekeraar dat zij is verwezen naar een GGZ instelling in Tilburg. Omdat deze instelling een wachtlijst had, heeft verzoeker contact opgenomen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Genoemde afdeling heeft verzoeker te kennen gegeven dat zijn echtgenote zich kan wenden tot een instelling in Den Bosch en Eindhoven. Uit de door verzoeker overgelegde stukken blijkt dat deze vindt dat deze plaatsen te ver van zijn woonplaats liggen. Indien de ziektekostenverzekeraar een tegemoetkoming geeft in de reiskosten zou dit voor hem wel een optie kunnen zijn. Tot het geven van een dergelijke tegemoetkoming is de ziektekostenverzekeraar evenwel niet bereid.

 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij onlangs stukken heeft ontvangen met het verzoek tot een reiskostenvergoeding. Door verzoeker is hiervoor echter geen officiële aanvraag ingediend via het daartoe bestemde formulier op de website. Ook heeft geen heroverweging plaatsgevonden.

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

 6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 is gehouden de kosten als vermeld op de diverse begrotingen voor tandheelkundige kosten te vergoeden, alsmede verzoeker een vergoeding te verlenen vanwege het feit dat zijn echtgenote op de wachtlijst van een GGZ-instelling is geplaatst, 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 gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 29.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"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-kaak-mondstelsel hebt. U hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak 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.

(...)

Gebitsprothese op implantaten

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Als u een niet-uitneembare of geschroefde brug of prothese wilt op implantaten in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan worden de kosten hiervan niet vergoed.

(...)"

8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op prothetische voorzieningen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese. (...)

eigen bijdrage gebitsprothese

U hebt recht op een gebitsprothese (kunstgebit) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt. U hebt recht op een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 29.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125 per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten. let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

(...)"

8.4. De artikelen 29.2 en 30 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

 8.5. 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.

 8.6. 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.

 8.7. Artikel 55 van de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best regelt de aanspraak op gebitsprothesen en luidt, voor zover hier van belang:

"vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding:

(...)

VGZ Aanvullend Best: volledig"

 8.8. Artikel 57 van de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Beter regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg. Dit artikel luidt voor zover hier van belang, als volgt:

"tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half) jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor hethonorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

(...)

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:

VGZ Tand Beter

80% tot maximaal € 500 per kalenderjaar"

 9. Beoordeling van het geschil

Begroting tandarts

 9.1. Verzoeker heeft in 2012, 2013 en 2014 verschillende begrotingen van diverse tandartsen ter beoordeling aan de ziektekostenverzekeraar voorgelegd met het verzoek mede te delen wat op basis van de op dat moment afgesloten verzekeringen wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft deze begrotingen beoordeeld en verzoeker telkens over de uitkomst geïnformeerd. Verder is verzoeker de mogelijkheid geboden de afgesloten (aanvullende) ziektekostenverzekeringen met ingang van het volgende kalenderjaar te wijzigen. Van deze mogelijkheid heeft verzoeker eerst in 2015 gebruik gemaakt. De laatste begroting die door verzoeker is ingediend dateert van 22 september 2014 en de hierop vermelde kosten bedragen totaal € 1.222,76. De commissie gaat ervan uit dat - aangezien het gaat om afwijkende begrotingen, opgesteld door diverse



tandartsen - in de afgelopen jaren sprake is geweest van een voortschrijdend tandheelkundig inzicht onderscheidenlijk een keuze van verzoeker een andere zorgaanbieder in te schakelen, zodat bespreking van de andere begrotingen achterwege kan blijven en deze laatste begroting daarom als uitgangspunt kan worden genomen bij de beoordeling op basis van de in 2014 afgesloten verzekeringen.

- 
- 
- 
- 
- 9.2. Vast staat dat verzoeker in 2014 verzekerd was op basis van de zorgverzekering VGZ Ruime Keuze (naturaverzekering), en de aanvullende ziektekostenverzekering. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker wat betreft de begroting ten bedrage van € 1.222,76 aanspraak heeft op een vergoeding van totaal € 429,15. Bij brief van 10 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat deze vergoeding niet juist is en dat verzoeker aanspraak kan maken op een bedrag van totaal € 1.169,98. Door verzoeker is de hoogte van de vergoeding niet bestreden doch door hem is enkel gesteld dat de ziektekostenverzekeraar geen duidelijkheid heeft verschaft over de vergoedingen. Hoewel de commissie de mening van verzoeker deelt dat de ziektekostenverzekeraar in een eerder stadium duidelijkheid had moeten verschaffen over de juiste hoogte van de vergoeding, kan een en ander niet leiden tot enige vorm van compensatie. Gesteld noch gebleken is namelijk dat verzoeker door het handelen van de ziektekostenverzekeraar schade heeft geleden.

Ten aanzien van de echtgenote van verzoeker

- 
- 
- 
- 
- 
- 9.3. De echtgenote van verzoeker is door haar huisarts doorverwezen naar een GGZ-instelling in Tilburg. Aangezien bij deze instelling een wachttijd bestond en het noodzakelijk was dat de echtgenote van verzoeker spoedig zou worden behandeld, heeft verzoeker contact opgenomen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling heeft verzoeker verwezen naar Max Ernst GGZ. Deze instelling heeft vestigingen in Den Bosch en Eindhoven. Gelet op de reisafstand en het gegeven dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoeker niet is bestreden dat genoemde instelling (eveneens) is gespecialiseerd in persoonlijkheidsstoornissen, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar met deze verwijzing zijn zorgplicht niet heeft geschonden. Dat de echtgenote van verzoeker de voorkeur geeft aan behandeling bij de GGZ-instelling in Tilburg betekent niet dat de ziektekostenverzekeraar gebonden is de reiskosten te vergoeden of enige andere vorm van compensatie te bieden voor het gegeven dat bij deze instelling een wachttijd bestaat.
- 9.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij de ziektekostenverzekeraar tevens heeft verzocht om een reiskostenvergoeding van zijn woonplaats naar de GGZ-instelling in Den Bosch of Eindhoven. Aangezien niet gebleken is dat verzoeker hiervoor een officiële aanvraag heeft ingediend en er een heroverweging heeft plaatsgevonden laat de commissie dit onderdeel verder rusten.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 15 juli 2015,



A.I.M. van Mierlo