



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, schade aan het gebit door een ongeval, telefonische
toezegging, coulancebeleid
Zaaknummer : 201502971
Zittingsdatum : 9 november 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv)

1. Partijen



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



N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een partiële gebitsprothese, te vervaardigen door de tandarts, en gebitsreiniging door de mondhygiënist (verder: de aanspraak). Bij brief van 15 juli 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 oktober 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een bedrag van € 165,12 te vergoeden omdat telefonisch aan verzoekster is medegedeeld dat zij een machtiging kon aanvragen en hiermee ten onrechte de suggestie is gewekt dat de kosten mogelijk voor vergoeding in aanmerking komen, en voor het overige zijn afwijzende beslissing te handhaven.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.



3.4. Bij brief van 20 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 22 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 9 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016107832) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op grond dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 9 november 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 14 november 2016 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 22 november 2016 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 is in april 2015 gevallen met de fiets. Hierdoor heeft zij onder meer haar kaak op drie plaatsen gebroken en een kies verloren. De kaakchirurg heeft de breuken behandeld. Hierna bleek dat een intensieve behandeling nodig was door de tandarts en de mondhygiënist. De bestaande gebitsprothese diende te worden vervangen en het gebit moest grondig worden gereinigd. De echtgenoot van verzoekster heeft voorafgaand aan deze behandelingen contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Hij heeft gevraagd of de kosten worden vergoed vanuit de zorgverzekering als zijnde tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. De zorgverzekeraar heeft bevestigd dat vergoeding mogelijk kon zijn, maar dat voorafgaand aan de behandeling een aanvraag moest worden ingediend. Verzoekster heeft hieraan gehoor gegeven en heeft tezamen met de aanvraag een begroting van de kosten overgelegd.
-  4.2. De zorgverzekeraar heeft, ondanks de mondelinge toezegging, vergoeding van kosten afgewezen. De door verzoekster aangevraagde behandelingen kunnen alleen vanuit een aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed, die zij echter niet heeft afgesloten. Verzoekster heeft naar aanleiding hiervan een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft haar telefonisch medegedeeld dat hij bereid is, omdat verzoekster eerder niet correct was geïnformeerd, de helft van de kosten van de gebitsprothese te vergoeden. Verzoekster is niet akkoord gegaan met dit voorstel. Zij verklaart dat zij door de val een kies is verloren en dat de stand van haar kaak is veranderd waardoor het plaatje moest worden vervangen door een brug. Daarbij was na de val sprake van een overbeet. Verzoekster is van mening dat de gevolgen van de val dusdanig ernstig waren dat de kosten van de behandeling door de tandarts en de mondhygiënist moeten worden vergoed als zijnde bijzondere tandheelkunde vanuit de zorgverzekering. Kosten met betrekking tot het herstel van een verloren element vallen hier sowieso onder. Omdat de behandelingen geen uitstel verdroegen, is verzoekster hiermee gestart.
-  4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de afwijzing van de zorgverzekeraar onterecht is, omdat eerder was gezegd dat een vergoeding mogelijk was maar dat hiervoor een aanvraag moest worden ingediend. Eerst is door de zorgverzekeraar gezegd dat de medewerker dit niet had mogen zeggen, en later dat hij dit niet heeft gezegd. Het gaat om kosten die voortvloeien uit een operatie. Verzoekster is naar de huistandarts gestuurd, maar zij had wellicht ook in het ziekenhuis kunnen worden behandeld. Dan had zij mogelijk wél een vergoeding ontvangen. Verzoekster licht toe dat zij destijds telefonisch een open vraag heeft gesteld. Naar aanleiding van



het gegeven antwoord kreeg zij de overtuiging dat de zorg onder de zorgverzekering zou moeten vallen.



Verzoekster is van mening dat een aanvraag moest worden ingediend, zodat de zorgverzekeraar kon controleren wat er is gebeurd.



Verzoekster benadrukt dat door het ongeluk de stand van haar kaken is veranderd. Zij heeft sindsdien een grote overbeet. Zij meent hierdoor dicht tegen een dento-aveolair defect aan te zitten. Zij kan bijvoorbeeld geen appel afbijten. Dit gaat een stap verder dan het al dan niet hebben van een aanvullende ziektekostenverzekering. Zij is in haar mening gesterkt door de telefonische mededeling destijds van de medewerker van de zorgverzekeraar.



Daarnaar gevraagd licht verzoekster toe dat zij vóór het ongeval twee keer per jaar naar de tandarts en de mondhygiëniste ging. Zij heeft wel vullingen, maar deze zijn al oud. Daarnaast had zij een partiële prothese, omdat sinds haar vijftiende enkele tanden ontbreken.



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



5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar



5.1. In de zorgverzekering is geen vergoeding opgenomen voor de kosten van een partiële gebitsprothese. Verzoekster heeft geen aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten waardoor de kosten voor haar rekening blijven. Verzoekster heeft destijds telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar en gevraagd of recht bestaat op vergoeding van de kosten van een partiële gebitsprothese. De zorgverzekeraar heeft verzoekster toen medegedeeld dat zij, om voor vergoeding in aanmerking te kunnen komen vanuit de zorgverzekering, eerst een aanvraag moest indienen. Deze informatie was niet juist. De zorgverzekeraar heeft verzoekster hiermee ten onrechte hoop op vergoeding gegeven. De zorgverzekeraar heeft daarom besloten verzoekster tegemoet te komen; hij heeft haar voorgesteld de helft van de kosten van de partiële gebitsprothese te vergoeden. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar medegedeeld vooralsnog niet in te gaan op zijn voorstel, omdat het herstel van het gebit en de gebitsreiniging geen reguliere tandheelkundige behandelingen zijn. De behandelingen zijn volgens haar medisch noodzakelijk ten gevolge van de val en de daaropvolgende operatie door de kaakchirurg.



5.2. De zorgverzekeraar merkt op dat hij van mening is dat hij geen verwachting heeft gewekt door te melden dat eerst een machtiging moest worden aangevraagd. Op basis van een aanvraag wordt immers beoordeeld of is voldaan aan de voorwaarden. Op 3 juli 2015 heeft de zorgverzekeraar de aanvraag afgewezen. Verzoekster heeft op 13 juli 2015 de behandelingen toch laten uitvoeren. De zorgverzekeraar is echter nog steeds bereid de helft van de kosten van de partiële gebitsprothese ten bedrage van € 165,12 aan verzoekster te vergoeden.



5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat destijds door de medewerker is gezegd dat het vergoed zou kunnen worden, en dat een aanvraag moest worden ingediend, zodat kon worden beoordeeld of het ging om bijzondere tandheelkunde. Op 15 juli 2016 is de aanvraag afgewezen omdat niet is voldaan aan de voorwaarden die de zorgverzekering stelt. Op basis van een aanvullende ziektekostenverzekering zouden de kosten kunnen worden vergoed, maar deze heeft verzoekster niet afgesloten. Tandheelkundige zorg voor volwassenen wordt alleen ten laste van de zorgverzekering vergoed indien sprake is van een bijzondere situatie, bijvoorbeeld bij een ernstige afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Het moet gaan om schisis of een daarmee in ernst te vergelijken aandoening. Ook bij een dento-alveolair defect kan een (verzekerings)indicatie aanwezig zijn, maar dan moet sprake zijn van zowel een tanddefect als een botdefect. Bij verzoekster is hiervan evenwel geen sprake. Daarom komen de partiële prothese en de behandelingen door de mondhygiënist niet voor vergoeding in aanmerking.



5.4. De zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 30.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“30.2 Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad. 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. 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.*

U hebt alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is. (...)

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, orthodontist of kaakchirurg. (...)

- 8.4. Artikel 30.2 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 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 zorgverzekeraar 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

- 9.1. Waar het gaat om reguliere tandheelkundige zorg voor volwassen verzekerden, geldt dat alleen de volledige uitneembare gebitsprothese en de volledige uitneembare gebitsprothese op implantaten tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering behoren. Bij verzoekster is sprake van een partiële prothese. Zij beroept zich op artikel 30.2 van de zorgverzekering inzake tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

De zorgverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen als bij de verzekerde een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel bestaat, 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 zou hebben voorgedaan. Gelet op de ontstaansgeschiedenis van artikel 2.7 Bzv, welke bepaling ten grondslag ligt aan eerder genoemd artikel 30.2, dient hierbij te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster één van deze situaties aan de orde is. Uit een toelichting van het toenmalige College voor zorgverzekeringen (CVZ, thans: het Zorginstituut) op mondzorg (te raadplegen via de website van het Zorginstituut) blijkt dat ook een blijvend dento-alveolair defect een verworven afwijking in de zin van artikel 2.7 Bzv vormt. Zoals de commissie eerder heeft overwogen (vgl. o.a. GcZ 15 augustus 2012, 2011.02889) dient hierbij sprake te zijn van zowel het geheel of gedeeltelijk ontbreken van één of meer elementen (dentaal defect) als van schade aan een substantieel deel van het aangrenzende tanddragende kaakbot (botdefect). Het botdefect dient in ernst vergelijkbaar te zijn met schisis. Dit laatste speelt bij verzoekster niet.

- 9.2. De zorgverzekering biedt verder dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te kunnen behouden of verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Gelet op een toelichting van het Zorginstituut gaat het bij deze tandheelkundige hulp om bijzondere toepassingsvormen van het uitoefenen van de normale tandheelkunde, zoals gedragswetenschappelijke begeleiding en medicamenteuze-, intraveneuze- en inhalatiesedatie en narcose. Gedacht dient te worden aan de behandeling van bijvoorbeeld epileptici, patiënten met bepaalde stoornissen aan het bewegingsapparaat of spastische patiënten. Hiervan is bij verzoekster geen sprake.

- 9.3. Voorts biedt de zorgverzekering dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en 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 hiervan is bij verzoekster niet gebleken.

- 9.4. Verzoekster heeft, gelet op het voorgaande, geen (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde, en heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de door haar ondergane tandheelkundige behandelingen - te weten de vervaardiging door de tandarts van een partiële prothese en de gebitsreiniging door de mondhygiënist - ten laste van de zorgverzekering.

Telefonische toezegging

- 9.5. Door verzoekster is gesteld dat haar echtgenoot op 4 mei 2015 telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de zorgverzekeraar, bij welke gelegenheid hem is medegedeeld dat zij recht kan hebben op vergoeding, mits voorafgaand aan de behandelingen een aanvraag wordt ingediend. Een en ander wordt niet door de zorgverzekeraar betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 9.6. De commissie stelt allereerst vast dat niet ter discussie staat dat de echtgenoot van verzoekster op 4 mei 2015 telefonisch contact heeft gehad met de zorgverzekeraar. Voorts zijn partijen er niet over verdeeld dat is gezegd dat een aanvraag moest worden ingediend. Hieruit volgt reeds dat geen eenduidige en onvoorwaardelijke toezegging tot vergoeding kan zijn gedaan. Immers, op een aanvraag volgt een beslissing en deze kan ook afwijzend zijn. Kennelijk omdat verzoekster ten onrechte hoop is gegeven dat op de door haar in te dienen aanvraag ook positief zou kunnen worden beslist, heeft de zorgverzekeraar besloten haar tegemoet te komen en haar voorgesteld de helft van de kosten van de partiële gebitsprothese ten bedrage van € 165,12 te vergoeden. In de onderhavige procedure heeft de zorgverzekeraar verklaard dit voorstel nog steeds gestand te doen, ook al werd het eerder door verzoekster verworpen. De commissie zal in deze beslissing niet treden.

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, 7 december 2016,

P.J.J. Vonk