

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Mondzorg, parodontologie, flapoperaties, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2010.02023
Zittingsdatum : 11 mei 2011

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 verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis Basic (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Tand Compleet en AV Plus Amsterdam afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering AV Plus Amsterdam is niet in geschil en blijft daarom verder buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van de kosten van drie flapoperaties ten bedrage van € 1.294,86, gefactureerd door de Kliniek voor Parodontologie Amsterdam (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot het maximum dat geldt voor de aanvullende ziektekostenverzekering, te weten een bedrag van € 78,56, wordt ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juni 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.4. Bij brief van 20 januari 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 maart 2011 kenbaar gemaakt zijn standpunt te handhaven. Een afschrift hiervan is op 17 maart 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 maart 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 april 2011 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 17 maart 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 april 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011032533) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker niet is gebleken van een zorginhoudelijke indicatie voor de flapoperaties (parodontale chirurgie). Een afschrift van het CVZ-advies is zowel per e-mail als per post aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 11 mei 2011 telefonisch gehoord, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Een afschrift van het CVZ-advies is met het verslag van de hoorzitting aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar is daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op deze stukken te reageren. Van de geboden gelegenheid is geen gebruik gemaakt.
- 3.11. Bij brief van 16 mei 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 mei 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt dat hij na ontvangst van de begroting voor de flapoperaties bij de Kliniek voor Parodontologie Amsterdam, telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en heeft geïnformeerd naar de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker medegedeeld dat alle ingrepen en behandelingen zoals omschreven op het behandelplan en de begroting, zouden worden vergoed. Achteraf bleek, conform de polis, slechts aanspraak te bestaan op een kleine, gedeeltelijk-

ke vergoeding, omdat verzoeker het maximum dat geldt voor zijn aanvullende ziektekostenverzekering al bijna had bereikt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hiermee misleid en hij had niet terug mogen komen op de gedane toezegging. Voorts stelt verzoeker dat hem de mogelijkheid is ontnomen de flapoperaties verspreid over twee kalenderjaren te laten uitvoeren. Indien hij had geweten dat geen volledige vergoeding zou worden verleend voor de flapoperaties, had hij de behandelingen verspreid over een langere periode laten uitvoeren.

- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het van belang is dat de ziektekostenverzekeraar een gespreksregistratie heeft overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoeker op 15 maart 2010 heeft gebeld, zij het niet over de vergoeding van relatietherapie, maar over de onderhavige kwestie. Bij die gelegenheid is hem door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat alles zou worden vergoed, omdat het een operatie betrof. Er is hem niet gevraagd een begroting in te sturen. Later bleek de gegeven informatie onjuist. Verzoeker weet niet met wie hij heeft gesproken.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hem bij navraag is gebleken dat geen volledige vergoeding van de flapoperaties is toegezegd. Er is een registratie van een telefoongesprek dat plaatsvond op 15 maart 2010. Echter, dit gesprek ging over relatietherapie en niet over de flapoperaties. Verzoeker is dan ook niet onjuist geïnformeerd.
- 5.2. Bij ontbreken van een telefonische toezegging dient te worden teruggevallen op de voorwaarden van de afgesloten verzekering. Op grond van de polisvoorwaarden heeft een verzekerde recht op vergoeding van 75% van de kosten met een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Verzoeker had nog € 78,56 over van dit maximum, waardoor de flapoperaties tot dit bedrag werden vergoed. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat door het over een langere periode spreiden van de flapoperaties, het effect van de gehele behandeling in het geding had kunnen komen. Van het ontnemen van de mogelijkheid tot spreiding van de kosten over meerdere jaren is derhalve geen sprake.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 13 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 11 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Artikel 11 onder g van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering sluit expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder parodontale zorg.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 11 als volgt:

"(...)

d Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen (niet vallend onder a, b of c)

Omschrijving: tandheelkundige zorg die noodzakelijk is, indien:

1 de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

2 de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;

3 een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

(...)

g Kaakchirurgische zorg (met uitzondering van parodontale zorg en implantologie)

Omschrijving: mondzorg omvat voor verzekerden van 22 jaar en ouder in andere gevallen dan in onderdeel a t/m d van artikel 11: chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek al dan niet gepaard gaand met verblijf in een ziekenhuis met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.

(...)"

- 8.3. Artikel 11 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.6. In artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat mondzorg voor 75% wordt vergoed tot maximaal € 500,-- per verzekerde per kalenderjaar.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 1 als volgt:

***“1 Mondzorg voor verzekerden vanaf 22 jaar
(met uitzondering van orthodontie en de uitneembare volledige gebitsprothese)***

(...)

Vergoeding: (...)

Tand Compleet: 75% tot maximaal € 500 ,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten).

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Artikel 11 onder d van de ‘Lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering ziet op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. Verzoeker heeft parodontitis aan drie kiezen. Hiertoe zijn flapoperaties en nazorgbehandelingen uitgevoerd. Verzoeker voldoet niet aan het criterium om voor vergoeding op grond van artikel 11 onder d van de ‘Lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering te komen, te weten een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel waardoor zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden kan worden of worden verworven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Op basis van artikel 11 onder g van de ‘Lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering is parodontale chirurgie uitgesloten van vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Ingevolge artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt 75% van de kosten met een maximum van € 500,-- per verzekerde per kalenderjaar gedekt. Verzoeker had reeds € 421,44 uitgekeerd gekregen, zodat de resterende vergoeding nog maximaal € 78,56 kon bedragen.
- 9.3. Door de uitgevoerde flapoperaties is de maximale dekking met betrekking tot mondzorg van de aanvullende ziektekostenverzekering bereikt. Er is € 78,56 vergoed, welk bedrag niet in geschil is. Het deel van de kosten dat dit maximum overstijgt blijft zodoende voor rekening van verzoeker.

Telefonische toezegging

- 9.4. Hetgeen partijen nog verdeeld houdt, is of in afwijking hiervan volledige vergoeding is toegezegd. Uit de overlegde stukken blijkt dat verzoeker stelt dat hem in het telefoongesprek van 15 maart 2010 is gezegd dat de flapoperaties conform het behandelplan en de begroting volledig zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar stelt daarentegen dat verzoeker in het voormelde telefoongesprek heeft geïnformeerd naar de vergoeding van relatietherapie. Ter zitting is dit door verzoeker ontkend.

Dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar de telefonische toezegging is gedaan dat de flapoperaties volledig zouden worden vergoed is door verzoeker in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Hierbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoeker in het bijzonder niet is aangetoond wat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar exact is verteld, nog daargelaten dat het in meer algemene zin lastig is de exacte vraagstelling en beantwoording te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. De commissie concludeert dat verzoeker aan het telefoongesprek niet het vertrouwen heeft kunnen ontleen dat de flapoperaties volledig zouden worden vergoed.

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, 8 juni 2011,

Voorzitter