



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Mondzorg, viervlaksvulling en frameprothese, diabetes
Zaaknummer : 201600519
Zittingsdatum : 14 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Standaard afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een viervlaksvulling en een frameprothese, ten bedrage van € 871,16 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 22 juni 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 14 september en 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.



3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.



3.9. Bij brief van 10 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 5 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016104208) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp ten laste van de zorgverzekering. Met name is niet aannemelijk gemaakt dat een causaal verband bestaat tussen de diabetes mellitus en de aangevraagde tandheelkundige behandeling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 22 november 2016 aan partijen gezonden.



3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.



3.11. Bij brief van 19 december 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 17 januari 2017 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. De behandelend tandarts heeft namens verzoekster een aanvraag ingediend voor een viervlaksvulling en het vervaardigen en plaatsen van een frameprothese. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen omdat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Verzoekster meent dat dit niet juist is, aangezien zij diabetes mellitus heeft.



4.2. Voorts stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar een coulancebeleid hanteert voor diabetes-patiënten. De ziektekostenverzekeraar dient ook om die reden de kosten te vergoeden.



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



5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar



5.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van mondzorg in geval van bijzondere tandheelkunde. De mondzorg moet noodzakelijk zijn, omdat sprake is van (i) een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel (artikel 2.7 lid 1 sub a Bzv), of (ii) een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening (artikel 2.7 lid 1 sub b Bzv), of (iii) een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft (artikel 2.7 lid 1 sub c Bzv), én het gebit zonder die mondzorg de normale functie niet kan behouden of verkrijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.



5.2. Verzoekster lijdt aan diabetes mellitus. Ondanks deze aandoening meent de ziektekostenverzekeraar dat de situatie van verzoekster niet valt niet onder één van bovengenoemde categorieën. Het feit dat verzoekster een niet-tandheelkundige lichamelijke



aandoening heeft, betekent niet dat zij per definitie aanspraak heeft vergoeding van tandheelkundige kosten ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar het Vademecum, wettelijke regelingen en uitvoeringsovereenkomsten, uitgave 2001. In de toelichting op pagina 13 staat de volgende opmerking: *"Bij de aanspraken op tandheelkundige hulp in het kader van de ziekenfondsverzekering is altijd uitgangspunt geweest dat gehandicapte verzekerden dezelfde aanspraken hebben als niet-gehandicapten. Het hebben van een handicap betekent dus niet per definitie dat aanspraak bestaat op bijzondere tandheelkunde. Er is pas sprake van bijzondere tandheelkunde indien de gewone hulp voor de verzekerde niet voldoende is om een tandheelkundige functie te behouden of verwerven gelijkwaardig aan de functie die hij zou hebben gehad als hij de handicap niet zou hebben."*
Inmiddels is er een recentere uitgave van het Vademecum gepubliceerd waarin een soortgelijke tekst is opgenomen.

- 5.3. Overigens kan in bepaalde situaties diabetes wel van invloed zijn op de mondgezondheid. Dit heeft dan betrekking op parodontale problemen en het ontstekingsvrij houden van de mond. Noch uit de aanvraag van de tandarts noch uit de toelichting van verzoekster valt evenwel op te maken dat bij verzoekster sprake is van parodontale problemen. Samenvattend stelt de ziekenkostenverzekeraar zich op het standpunt dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar ontkent dat hij voor diabetespatiënten een coulanceregeling hanteert.
- 5.4. Ten overvloed merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij op 25 februari 2016 een e-mailbericht van verzoekster heeft ontvangen, waarin zij stelt dat zij niet langer een frameprothese wenst, maar een gebitsprothese. Uit het betreffende e-mailbericht is niet op te maken of dit een volledige of een gedeeltelijke gebitsprothese betreft. Indien verzoekster een volledige gebitsprothese wenst, bestaat op basis van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van 75 percent van kosten. De resterende 25 percent betreft de wettelijke eigen bijdrage. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van deze eigen bijdrage tot maximaal € 61,25 per kaak of € 115,- voor boven- en onderkaak tezamen.
- 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 14 van de zorgverzekering en 13 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 gehouden is de aanspraak alsnog 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 2.4 Mondzorg in bijzondere gevallen

lid 2.4.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen, waaronder het plaatsen van een implantaat, wanneer een gebit zonder die mondzorg niet de normale functie kan houden of krijgen die het zonder de aandoening zou hebben gehad wanneer er sprake is van:

- a. een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel; of*
- b. een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of*
- c. een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.*

lid 2.4.2 Voorwaarden

Machtiging

- *Voor bijzondere tandheelkunde moet voorafgaande aan de behandeling toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Bij die aanvraag moet een schriftelijke motivering van de tandarts aanwezig zijn, een behandelingsplan met röntgenfoto en een kostenbegroting.
(...)"*

- 8.4. Artikel 33 van de zorgverzekering is 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 b 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 vergoeding van de kosten van 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkunde indien sprake is van een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, 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. Gesteld noch gebleken is dat deze situatie bij verzoekster aan de orde is.
- 9.2. De zorgverzekering biedt verder dekking voor bijzondere tandheelkunde 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

gedragwetenschappelijke 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. De aandoening van verzoekster is niet onder deze (verzekerings)indicatie te brengen.

9.3. Tot slot biedt de zorgverzekering dekking voor bijzondere tandheelkunde 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. Aldus is bepaald in artikel 33 lid 2.4.1 sub c van de zorgverzekering, welke bepaling haar grondslag vindt in artikel 2.7 lid 1 sub c Bzv.

9.4. Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel 2.7 lid 1 sub c Bzv, dient sprake te zijn van een causaal verband tussen de aandoening en de benodigde tandheelkundige zorg. Door verzoekster is aangevoerd dat zij lijdt aan diabetes mellitus. Het verband tussen haar diabetes en de aangevraagde viervlaksvulling en de frameprothese is door verzoekster echter niet onderbouwd. Uit het dossier blijkt niet welke medische behandeling zonder de aangevraagde tandheelkundige zorg onvoldoende resultaat zal hebben. Behalve de aanvraag voor de tandheelkundige behandeling bevat het dossier geen nadere medische informatie. Daarom is in de procedure niet aannemelijk gemaakt dat bij verzoekster sprake is van een (verzekerings)indicatie als bedoeld in artikel 33 lid 2.4.1 sub c van de zorgverzekering.

9.5. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoekster geen aanspraak heeft op een viervlaksvulling en een frameprothese ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Bijzondere regeling diabetespatiënten

9.7. Door verzoekster is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar een coulanceregeling hanteert voor diabetespatiënten en dat hij gehouden is de aanspraak in te willigen ten laste van deze coulanceregeling. Ten aanzien hiervan merkt de commissie op dat, nog daargelaten dat de commissie niet bevoegd is te oordelen over het door de ziektekostenverzekeraar gevoerde coulancebeleid, door laatstgenoemde het bestaan van een dergelijke coulanceregeling is betwist. Aangezien verzoekster haar stellingen niet aannemelijk heeft gemaakt, treffen deze geen doel.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 januari 2017,

P.J.J. Vonk