

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D beide te E
Zaak : Mondzorg, hoogte vergoeding, telefonische toezegging, informatieverstrekking
Zaaknummer : 2012.02141
Zittingsdatum : 3 april 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) D beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (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 [naam ziektekostenverzekeraar] 50+ Actief Polis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 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 tandheelkundige behandeling, te weten de extractie van al haar tanden en kiezen met het oog op het plaatsen van een volledige boven- en onderprothese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 juni 2012 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 2 augustus 2012 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 9 december 2012 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 februari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 februari 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 februari 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 maart 2013 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 februari 2013 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 februari 2013 (zaaknummer 2013021843) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat extracties geen deel uitmaken van de te verzekeren prestaties krachtens de Zvw. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Van een dergelijke indicatie is hier geen sprake. Een afschrift van het CVZ-advies is op 13 maart 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren, maar hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Gezien de staat van haar gebit moest verzoekster al haar tanden en kiezen laten trekken teneinde een volledige onder- en bovenprothese te kunnen laten plaatsen. Zij heeft daarom bij brief van 26 februari 2012 de ziektekostenverzekeraar gevraagd haar mede te delen welk bedrag hiervoor zou worden vergoed ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft hierbij de begroting van haar tandarts voor deze behandeling gevoegd. Tevens heeft zij gevraagd haar mede te delen of een (wettelijk) eigen risico en/of eigen bijdrage van toepassing is en, zo ja, wat de hoogte hiervan is. Zij heeft hierop geen reactie ontvangen van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Nadat verzoekster de eerste nota van de tandarts had ontvangen, heeft zij op 15 juni 2012 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft verzoekster met een bij naam genoemde medewerkster gesproken over de hoogte van de vergoeding van de tandartskosten, op basis van de door verzoekster genoemde codes, behorend bij de in de begroting vermelde verrichtingen. De medewerkster heeft onomwonden en zonder enig voorbehoud medegedeeld dat vergoeding zou volgen. Voor de gehele behandeling zou in totaal een bedrag van € 1.251,30 worden vergoed, onder aftrek van € 192,- voor het nog openstaande eigen risico. Verzoekster heeft de begroting, waarop zij tijdens dit gesprek aantekeningen heeft gemaakt, in de procedure overgelegd.
- 4.3. Verzoekster was - mede gezien voornoemd telefoongesprek - zeer verbaasd dat zij, nadat zij de nota ter declaratie had ingediend, een afwijzende beslissing ontving. Hierop heeft haar schoonzoon telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Een (eveneens bij naam genoemde) medewerkster heeft hem toen verteld dat het eerdere gesprek met verzoekster inderdaad stond vermeld in de contact-

registratie en dat hieruit bleek dat verzoekster een toezegging was gedaan. Bij nader inzien bleek echter geen dekking voor de gevraagde vergoeding aanwezig. De medewerkster vond dat verzoekster in haar recht stond, maar kon hierover op dat moment geen beslissing nemen. Verzoekster diende dienaangaande schriftelijk een klacht in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar voert achteraf aan dat verzoekster een specifieke tandartsverzekering dient te hebben, wil zij aanspraak kunnen maken op vergoeding van de onderhavige kosten. Hij had dit echter moeten controleren toen verzoekster haar verzoek van 26 februari 2012 indiende, hetgeen is nagelaten. Evenmin heeft deze controle plaatsgevonden toen verzoekster de kwestie telefonisch heeft voorgelegd aan de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. Verzoekster vindt het niet correct van de ziektekostenverzekeraar dat hij geen openheid van zaken heeft gegeven aan de Ombudsman Zorgverzekeringen door zijn aantekeningen in het contactregistratiesysteem van de gevoerde telefoongesprekken niet aan deze ter beschikking te stellen.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft de kosten van de behandelingen van 14 en 16 mei 2012 ten bedrage van € 307,-- ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Dit betreft het trekken van tanden en kiezen (code J311). Deze kosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking ten laste van een aanvullende tandartsverzekering. Verzoekster heeft een dergelijke verzekering evenwel niet.
- 5.2. Tijdens het eerste telefoongesprek op 15 juni 2012 – waarin verzoekster navraag heeft gedaan naar de vergoeding van deze kosten – zijn alleen de maximaal vastgestelde tarieven genoemd. In zijn brief van 2 augustus 2012 deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat hij begrijpt dat hierdoor bij verzoekster de indruk heeft kunnen ontstaan dat vergoeding op basis hiervan mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar betreurt het als hierover een misverstand is ontstaan. Dit misverstand heeft geen invloed gehad op de gemaakte kosten, aangezien deze ten tijde van de telefonische navraag al waren gemaakt. In zijn brief van 11 oktober 2012 stelt de ziektekostenverzekeraar dat tijdens bedoeld gesprek geen foutieve informatie is verstrekt. Uit de registratie van het tweede telefoongesprek maakt de ziektekostenverzekeraar niet op dat is bevestigd dat eerder foutieve informatie is verstrekt. Bovendien behelst het noemen van de vastgestelde tarieven nog geen toezegging van een vergoeding. Daarnaast wist verzoekster bij het aangaan van de behandeling op 4 juli 2012 dat deze kosten niet zouden worden vergoed, aangezien haar op 20 juni 2012 is medegedeeld dat de eerste nota niet werd vergoed vanwege het ontbreken van een aanvullende tandartsverzekering.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 8 november 2012 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld dat de contactregistraties niet ter beschikking worden gesteld. Deze zijn uitsluitend bedoeld voor de ziektekostenverzekeraar, voor het uitvoeren van zijn taak. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 februari 2013, bij wijze van uitzondering, alsnog de contactregistratie van 15 juni 2012 aan de commissie overgelegd.

- 5.4. Vanaf 1 januari 2012 zijn alle landelijke behandelcodes en tarieven voor mondzorg gewijzigd. Hierdoor is ook de vergoedingsregeling gewijzigd. Het vrijgeven van de tarieven was een experiment van de overheid. Op het moment van ontvangst van de begroting van verzoekster was het voor de ziektekostenverzekeraar nog niet bekend welke tarieven de tandartsen zouden gaan hanteren. Hierdoor kon geen duidelijk antwoord worden gegeven op de vraag van verzoekster, zoals door haar gesteld in de brief van 26 februari 2012. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom ervoor gekozen verzoekster niet te antwoorden. Hiervoor biedt hij zijn verontschuldigen aan.
- 5.5. De tandarts heeft de kosten van een volledige gebitsprothese met bijbehorende techniekkosten op 4 juni 2012 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Op grond van de zorgverzekering worden deze voor 75 percent vergoed. Verzoekster is een wettelijke eigen bijdrage van 25 percent verschuldigd. Daarnaast geldt voor vergoedingen ten laste van de zorgverzekering een verplicht eigen risico van maximaal € 220,--. Voor het nog openstaande eigen risico is een bedrag van € 164,58 bij verzoekster in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft in totaal een bedrag van € 990,- aan de tandarts vergoed voor de prothese: € 371,25 voor de prothese, € 468,75 voor de techniekkosten en € 150,-- uit de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. In artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoekster zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoekster hierop bij brief van 11 december 2012 gewezen. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 23 december 2012 bevestigd dat zij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.
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 van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde

zorgverleners. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.

Artikel 12 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

(...)

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

Omschrijving: tandheeskundige zorg die noodzakelijk is, indien:

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

(...)

f Uitneembare volledige prothesen (kunstgebit)

Omschrijving: voor verzeerden van 18 jaar en ouder uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak, in andere gevallen dan in onderdeel b en d van artikel 12. Het gaat om een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen en het repareren en rebasen daarvan.

(...)

Bijzonderheden:

(...)

• voor een volledige prothetische voorziening in het kader van de bijzondere tandheeskundige zorg geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per kaak;

(...)"

- 8.3. Artikel 12 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzeerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzeerde bij wie het verzeerde 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 2.4 Rzv.
- 8.5. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzeerd dienen te zijn. De verzeerde 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.
- 8.6. In artikel 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van de eigen bijdrage voor een uitneembare volledige prothese voor de boven- of onderkaak, en luidt:

“a Uitneembare volledige gebitsprothese (eigen bijdrage)

Zorgverlening: tandprotheticus, tandarts, centrum voor bijzondere tandheelkunde of een instelling voor mondzorg.

Vergoeding: eigen bijdrage die wettelijk verschuldigd is bij de aanschaf van een uitneembare volledige onder en/of bovenprothese: maximaal € 150,- per verzekerde.

Bijzonderheden: de vergoeding wordt uitsluitend verleend als kan worden aangetoond dat vergoeding krachtens de hoofdverzekering heeft plaatsgevonden.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 12 onder d, dekking voor bijzondere tandheelkunde indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheeskundige zorg noodzakelijk is om een tandheeskundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster sprake is van een dergelijke ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, zodat op grond van dit artikel geen aanspraak bestaat op vergoeding van de tandheeskundige behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 9.2. Artikel 12 onder f van de zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige prothese voor de boven- of onderkaak. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat aan verzoekster reeds de vergoeding, waarop zij onder aftrek van een eigen bijdrage van € 125,- aanspraak heeft, is toegekend, hetgeen door verzoekster niet is weersproken. Het op de vergoeding in mindering gebrachte eigen risico is niet in geschil zodat dit onderdeel verder onbesproken kan blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, voor zover het mondzorg betreft, alleen aanspraak op een vergoeding van maximaal € 150,- voor de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage voor een uitneembare volledige prothese voor de boven- en onderkaak. Deze vergoeding is niet in geschil zodat de commissie dit onderdeel verder laat rusten. Voor overige tandheeskundige verrichtingen biedt de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking.

Telefonische toezegging

- 9.4. Verzoekster stelt dat haar op 15 juni 2012, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een telefonische toezegging is gedaan. Hoewel de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 2 augustus 2012 erkent dat door het noemen van de maximaal vastgestelde tarieven de indruk kan zijn gewekt dat vergoeding op basis hiervan mogelijk is, wordt dit in de brief van 11 oktober 2011 door hem weersproken. De door de ziektekostenverzekeraar overgelegde contactregistratie van 15 juni 2012 vermeldt: “max. vastgestelde tarieven opgenoemd voor de prestatiecodes A111, A311, J311 en G111”.

- 9.5. Verzoekster heeft de datum van het gesprek genoemd en ook met wie zij toen heeft gesproken. Voorts heeft zij een gedetailleerd verslag gegeven van hetgeen is besproken. Ook heeft zij de begroting, met daarop de aantekeningen die zij tijdens dit gesprek heeft gemaakt, in de procedure overgelegd. Verzoekster heeft daarom voldoende aannemelijk gemaakt dat haar is toegezegd dat voor de gehele behandeling (na aftrek van het eigen risico van € 192,--) een bedrag van in totaal € 1.059,30 vergoed zou worden.
- 9.6. De commissie is van oordeel dat verzoekster onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs ervan mocht uitgaan dat haar alsnog toestemming is verleend naar aanleiding van haar aanvraag van 26 februari 2012 voor de onderhavige behandeling en dat de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan dient te vergoeden zoals toegezegd. Dat deze toestemming op onjuiste gronden is verleend kan verzoekster niet worden tegengeworpen.
- 9.7. Verzoekster is een vergoeding toegezegd van € 1.251,30. Hierop dient het eigen risico in mindering te worden gebracht. Gebleken is dat het eigen risico niet € 192,-- bedraagt, maar € 164,58. Tevens dienen de kosten van de uitneembare volledige prothese voor de boven- en onderkaak die door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed hierop in mindering te worden gebracht. Uit de nota van de tandarts van 21 juli 2012 blijkt dat de kosten hiervan € 1.330,-- bedroegen: in totaal is een bedrag van € 990,-- aan de tandarts vergoed. Op de toegezegde vergoeding van € 1.251,30 dient in mindering te worden gebracht € 164,58 voor het verschuldigde eigen risico en € 990,-- voor de reeds verleende vergoeding. Verzoekster heeft derhalve aanspraak op een vergoeding van € 96,72.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar voor de behandeling nog een bedrag van € 96,72 dient te vergoeden.
- 9.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met in achtneming van hetgeen onder 9.8 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 3 april 2013,

Voorzitter