



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheerkunde, indicatie, verstrekte machtiging
Zaaknummer : 201602628
Zittingsdatum : 13 september 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
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 grond van de Ditzo Basisverzekering (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 TandGoed en ZorgBeter afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.
De aanvullende ziektekostenverzekeringen zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 28 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 17 november 2016 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 11 april 2017 heeft verzoeker 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 (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 8 juni 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juni 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 23 augustus 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017035452) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet blijkt dat nog steeds sprake is of zou moeten zijn van een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 29 augustus 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 september 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 20 september 2017 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 27 september 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 verzoeker
- 4.1. De behandelend tandarts heeft bij brief van 22 november 2016 het volgende over verzoeker verklaard: *"(...) t.a.v. de implantoloog. Geachte collega, Bij deze verwijst ik naar u mijn patiënt [verzoeker]. Ten gevolge van een medisch gecompliceerde periode, gepaard gaande met tijdelijke blindheid, is het gebit van [verzoeker] gemutileerd geraakt. Hij is er nu aan toe de dentitie weer te completeren middels implantaten in de regio 15, 25-26, 46 (onleesbaar) 36. Kunt u met hem de mogelijkheden bespreken en de financiële consequentie bepalen. De eventuele suprastructuur vervaardig ik gaarne zelf. (...)"*
- 4.2. Uit de declaratie van 6 september 2016 van de behandelend tandarts blijkt dat deze op 21 juni 2016 uitgebreid onderzoek bij verzoeker heeft verricht ten behoeve van het opstellen en vastleggen van een behandelplan. Verzoeker is door de behandelend tandarts op 23 augustus 2016 en 6 september 2016 behandeld. De behandeling bestond, gelet op de declaratie van 6 september 2016, uit twee éénvlaksvullingen van composiet, zeven tweevlaksvullingen van composiet, vier drievlaksvullingen van composiet, vier geleidings-, infiltratie- en/of intraligamentaire verdovingen, 15 minuten gebitsreiniging, polijsten van amalgaamvullingen, bijwerken van oude vullingen, behandeling van gevoelige tandhalzen en applicatie medicament.
- 4.3. Verzoeker lijdt aan een posttraumatische stressstoornis (hierna: PTSS) en ondervindt als gevolg van deze stoornis geestelijke en lichamelijke klachten. De klachten bestaan uit: angsten, spierkrampen, overgeven en tandenknarsen tijdens het slapen. Door het tandenknarsen heeft verzoeker inmiddels al zeven elementen verloren. Aan verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar in 2013, na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, een machtiging verleend voor bijzondere tandheelkundige zorg in verband met de PTSS. In 2015 heeft verzoeker nogmaals de Ombudsman Zorgverzekeringen ingeschakeld, omdat hij geen vergoeding van de ziektekostenverzekeraar meer kreeg voor de noodzakelijke tandheelkundige zorg. Verzoeker betaalde de kosten van deze tandheelkundige zorg zelf en raakte hierdoor in de schulden. Volgens verzoeker heeft de

ziektekostenverzekeraar, na tussenkomst door de Ombudsman Zorgverzekeringen, aan hem in 2015 een machtiging verleend voor een gebitsrenovatie in verband met de PTSS en zijn angst voor naalden. Verzoeker raakte, nadat de ziektekostenverzekeraar de machtiging voor bijzondere tandheelkundige zorg had verleend, een jaar blind en daarom kon hij de gebitsrenovatie toen niet laten uitvoeren. Inmiddels kan verzoeker de behandeling ondergaan. Verzoeker heeft met de ziektekostenverzekeraar telefonisch overleg gehad over zijn persoonlijke situatie. Tijdens dit telefoongesprek heeft de medewerker van de ziektekostenverzekeraar hem verzekerd dat de tandheelkundige zorg volledig ten laste van de zorgverzekering zou worden vergoed, omdat de PTSS ten grondslag ligt aan zijn beschadigde gebit. Op grond van het telefoongesprek heeft verzoeker op 21 juni 2016, 23 augustus 2016 en 6 september 2016 zijn afgebroken kiezen laten reconstrueren door de tandarts. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten voor de behandeling van ruim € 600,-- echter niet vergoed ten laste van de zorgverzekering. Aangezien verzoeker het maximale vergoedingsbedrag voor tandheelkundige zorg ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering al heeft opgesoupeerd, moet hij het verschil zelf betalen. De ziektekostenverzekeraar gaat volledig voorbij aan het feit dat voor de onderhavige tandheelkundige zorg in 2015 een machtiging is verleend. Verzoeker heeft deze machtiging laten aanvragen in verband met gebitsschade als gevolg van de PTSS.

- 4.4. Verzoeker heeft zich op 12 juli 2017 aangemeld bij een centrum voor bijzondere tandheelkunde voor een onderzoek naar de relatie tussen PTSS en de gebitsproblematiek. Een tandarts, verbonden aan de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (hierna: SBT), heeft bij e-mailbericht van 19 juli 2017 aan verzoeker het volgende medegedeeld: *"(...) Ik maak uit de documenten op dat het verzoek aan SBT is vast te stellen welke tandheelkundige schade [verzoeker] aan de PTSS zou hebben overgehouden. Helaas moet ik u laten weten dat dit voor ons niet vast te stellen is. Ons tandheelkundig onderzoek zal een momentopname zijn en niet kunnen aangeven welke schade er in welke periode en door welke oorzaak is ontstaan (...)"*
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij recent, als gevolg van een met blindheid te vergelijken situatie en een relatiebreuk, een moeilijke periode heeft doorgemaakt. In deze periode ervoer hij veel stress en kon hij zijn gebit niet adequaat verzorgen. Hierdoor heeft verzoeker veel schade aan zijn gebit opgelopen. Hij ondervindt van deze tandheelkundige schade veel hinder, bijvoorbeeld bij het eten. Voorts moet verzoeker opnieuw geopereerd worden aan zijn ogen. De oogarts heeft hem in dit verband medegedeeld dat het gebit voorafgaand aan de operatie moet worden hersteld. Ook doet verzoeker een beroep op een coulancevergoeding.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Uit de toelichting van de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar van 14 februari 2017 blijkt dat de SBT in juli 2015 namens verzoeker een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend voor behandelingen in het kader van bijzondere tandheelkundige hulp. Bijzondere tandheelkundige hulp is volgens de SBT bij verzoeker geïndiceerd vanwege "Extreme pathologische angst, excessief [gedrag], moeilijk beheersbaar, irrationeel [gedrag], moeilijk behandelbaar, neiging tot vermijding. Specifieke angststoornis: PTSS." Conform de aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar aan de SBT een machtiging verleend voor vijf behandelingen.
- 5.2. Volgens de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar is in juni 2016 door de SBT namens verzoeker wederom een machtiging aangevraagd voor drie opeenvolgende behandelingen in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg, te weten angstbehandeling. Bij de aanvraag is dezelfde indicatie als in 2015 vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft de machtiging conform de aanvraag verleend voor een bedrag van totaal € 835,20. Voornoemd bedrag is inclusief een eigen bijdrage van verzoeker ter grootte van € 148,50. De wettelijke bijdrage behelst het bedrag dat verzoeker bij een normale tandheelkundige behandeling in een reguliere tandartspraktijk aan behandelkosten zou hebben gehad.

- 5.3. In september 2016 zijn door verzoeker nota's ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor aan hem verleende tandheelkundige zorg. Verzoeker heeft voor vergoeding van deze nota's een beroep gedaan op de eerder verleende machtigingen. De ziektekostenverzekeraar heeft, op advies van zijn tandheelkundig adviseur, vergoeding van de betreffende nota's geweigerd. Uit het e-mailbericht van de tandheelkundig adviseur aan de toenmalige gemachtigde van verzoeker, gedateerd 17 november 2016, blijkt dat vergoeding is geweigerd, omdat de zorgverzekering geen dekking biedt voor de aan verzoeker verleende zorg. In het verleden is volgens de tandheelkundig adviseur weliswaar een machtiging afgegeven, maar deze is toen verleend voor angstbehandeling in een kliniek van de SBT. Voornoemde angstbehandeling is volgens de tandheelkundig adviseur tandheelkundige zorg die is gericht op angstbegeleiding en het wegnemen van blokkades voor tandheelkundige hulp die voortkomen uit de angststoornis. Het doel van voornoemde behandeling is dat verzoeker weer normaal behandelbaar wordt.
- 5.4. De tandheelkundig adviseur merkt op dat verzoeker in een normale tandartspraktijk is behandeld en niet in een kliniek van de SBT. Ook blijkt uit de declaraties dat reguliere tandheelkundige zorg aan hem is verleend. In ieder geval blijkt nergens uit dat sprake is geweest van een angstbehandeling in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg. Aangezien verzoeker geen zorg heeft genoten waarvoor de machtiging is verleend, kunnen de kosten van de betreffende tandheelkundige zorg alleen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed. De vergoeding voor tandheelkundige zorg ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering bedraagt 75 percent van de kosten tot een maximumbedrag van € 250,- per kalenderjaar.
- 5.5. Dat verzoeker de tandheelkundige behandeling om medische redenen heeft uitgesteld, is niet van belang voor de beoordeling of de hiermee gemoeide kosten ten laste van de zorgverzekering moeten worden vergoed. Bovendien merkt de ziektekostenverzekeraar op dat aangezien verzoeker zich heeft kunnen laten behandelen in een reguliere tandartspraktijk aantoonbaar geen sprake meer is van zorgmijding en/of onbehandelbaarheid in een reguliere tandartspraktijk. Als gevolg hiervan is de aanspraak van verzoeker op bijzondere tandheelkundige zorg vervallen en heeft de verstrekte machtiging haar geldigheid verloren. Van een situatie als genoemd in artikel 18.12, eerste lid, is derhalve geen sprake meer. Ook moeten de onderhavige kosten in hun geheel worden aangemerkt als door verzoeker verschuldigd wettelijke eigen bijdrage, aangezien verzoeker deze kosten bij een normale behandeling in een reguliere tandartspraktijk ook zou hebben moeten dragen.
- 5.6. Bij brief van 8 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat zijn tandheelkundig adviseur in 2013 aan de tandarts van verzoeker heeft toegezegd twee nota's te vergoeden in het kader van bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering. Met de betrokken tandarts is toen afgesproken dat verzoeker door hem doorverwezen zou worden naar de SBT, zodat de SBT een machtiging in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg kon aanvragen voor de gebitsproblematiek als gevolg van de PTSS. Vervolgens zijn door de SBT alleen machtigingen aangevraagd voor angstbehandeling, maar niet voor vergoeding van bijzondere tandheelkundige zorg in het kader van gebitsproblematiek door PTSS. De ziektekostenverzekeraar verontschuldigt zich dat deze informatie niet eerder naar voren is gebracht en stelt voor dat verzoeker zijn tandarts vraagt om een doorverwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde, zodat het in 2013 gevraagde onderzoek naar de relatie tussen PTSS en de gebitsproblematiek alsnog kan plaatsvinden en de daarvoor gevraagde machtiging alsnog geregeld kan worden. De kosten van voornoemd onderzoek, vergoedt de ziektekostenverzekeraar.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het hem bevreemd dat de onderhavige tandheelkundige problemen moeten worden verholpen alvorens bij verzoeker een oogoperatie kan worden uitgevoerd. De stelling van verzoeker behoeft dan ook een nadere (medische) onderbouwing. Voorts wil de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van tandheelkundige zorg op basis van coulance buiten de orde van de onderhavige procedure in overweging nemen. In dit kader zal hij verzoeker oproepen op het spreekuur van zijn tandheelkundig adviseur.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering en artikel 5 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 onderhavige kosten van tandheelkundige zorg te vergoeden 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18.1 tot en met 18.23 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“Artikel 18.12 Mondzorg
Lid 1 Algemeen**

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- a. indien 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;*
- b. indien 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; of*
- c. indien 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.*

De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus, ook indien zij werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde:

(...)

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering en schriftelijk behandelplan van de tandarts, kaakchirurg of medisch specialist vereist .

(...)

Lid 8 Eigen bijdrage volwassenen

Voor zorg als bedoeld in artikel 18.12 lid 1 betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening wordt gebracht indien artikel 18.12 lid 1 niet van toepassing is .

Lid 9 Instelling bijzondere tandheelkunde

Voor het tot gelding brengen van de vergoeding van kosten voor mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en het vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.”

- 8.4. Artikel 18.12 van de zorgverzekering is volgens artikel 2, eerste lid, van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, eerste lid, 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 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. Verzoeker heeft gesteld dat aan hem niet alleen een machtiging is verleend voor angstbehandeling, maar ook voor een gebitsrenovatie in verband met PTSS. De ziektekostenverzekeraar heeft betwist dat een machtiging voor een gebitsrenovatie is verleend. Verzoeker heeft naar het oordeel van de commissie niet aannemelijk gemaakt dat een machtiging voor een gebitsrenovatie is gegeven. Zo heeft verzoeker de betreffende machtiging niet overgelegd. Aan verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar in 2016 wél een machtiging in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg verstrekt voor drie opvolgende behandeluren in een kliniek van de SBT. Vast staat dat deze machtiging is verleend voor het beheersbaar maken van de angst voor tandheelkundige behandelingen. Verzoeker heeft op grond van de zorgverzekering alleen aanspraak op de kosten die rechtstreeks samenhangen met de extreme angst voor tandheelkundige zorg. De overige tandheelkundige zorg dient verzoeker door middel van een eigen bijdrage zelf te betalen. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat bij hem in rekening zou worden gebracht als geen sprake zou zijn geweest van bijzondere tandheelkundige zorg. Aangezien verzoeker zich om hem moverende redenen op 21 juni 2016, 23 augustus 2016 en 6 september 2016 heeft laten behandelen door een andere zorgaanbieder dan de SBT en hierbij van een specifieke angstbehandeling geen sprake was, is de commissie van oordeel dat het beroep van verzoeker op de in 2016 verleende machtiging niet kan slagen. Voorts is de vraag of bij verzoeker een (verzekerings)indicatie bestaat voor bijzondere tandheelkundige zorg.
- 9.2. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 18.12, onderdeel a, dekking voor de kosten van bijzondere tandheelkundige zorg indien sprake is van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, dat zonder de bijzondere 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. Verder biedt de zorgverzekering dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, waarbij de bijzondere 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 (artikel 18.12, onderdeel b). Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat hij als gevolg van PTSS overgeeft en op zijn tanden knarst. Volgens verzoeker heeft hij hierdoor reeds zeven elementen verloren. De onderhavige behandeling strekte er volgens verzoeker toe de door de PTSS veroorzaakte tandheelkundige schade te herstellen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat zijn tandheelkundig adviseur in 2013 met de behandelend tandarts heeft afgesproken dat een kliniek van de SBT namens verzoeker een machtiging zou aanvragen voor behandeling van de door verzoeker gestelde tandheelkundige schade als gevolg van PTSS. Deze machtiging is nimmer aangevraagd en derhalve is aan verzoeker in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg geen voorafgaande toestemming verleend voor de onderhavige behandeling. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.

Op voorstel van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker zijn tandarts recent verzocht om een verwijzing naar de SBT, teneinde het in 2013 geplande onderzoek alsnog te doen plaatsvinden. Op 12 juli 2017 heeft hij zich gemeld bij de SBT. Uit het e-mailbericht van 19 juli 2017 van de tandarts, verbonden aan de SBT, maakt de commissie op dat de relatie tussen de PTSS en de gebitsproblematiek van verzoeker niet (meer) is vast te stellen. Derhalve is niet aannemelijk gemaakt dat een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg op basis van PTSS bestaat.

- 9.3. Tot slot biedt de zorgverzekering dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg als een medische behandeling zonder deze 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 (artikel 18.12, onderdeel c). Verzoeker heeft in dit verband ter zitting aangevoerd dat hij zonder de onderhavige tandheelkundige zorg een noodzakelijke tweede oogoperatie niet kan ondergaan. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie dat hij geen bewijs heeft overgelegd waaruit het causaal verband tussen de oogoperatie en de tandheelkundige zorg blijkt, zodat deze causaliteit niet is komen vast te staan.

- 9.4. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige zorg, zodat hij geen aanspraak heeft op de onderhavige tandheelkundige behandeling.

Telefonische toezegging

- 9.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid door deze medewerker aan hem is meegedeeld dat de tandheelkundige zorg volledig ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed, omdat de PTSS ten grondslag ligt aan het beschadigde gebit. Een en ander wordt door de ziektekostenverzekeraar betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie dat in de procedure is aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. In de schriftelijke bevestiging van het telefoongesprek op 29 mei 2017 is geen toezegging te lezen. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoeker in het bijzonder niet is aangegeven wanneer en met wie hij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen telefoonnotities overgelegd en uit deze telefoonnotities blijkt niet dat zijn medewerker aan verzoeker heeft toegezegd dat de onderhavige kosten ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.

Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 25 oktober 2017,



H.A.J. Kroon

