



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen D te E en F te G
Zaak : EU/EER, België, mondzorg, bijzondere tandheekkunde, dento-alveolair defect, tarifiering
Zaaknummer : 201303271
Zittingsdatum : 5 november 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 13, 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.1, 2.7, 2.17 en 2.18 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 19 Vo 883/2004 en art. 25 Vo 987/2009)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

- 1) D te E, en
 - 2) F te G,
- 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 Beter Af Polis (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 Beter Af Tandarts Polis twee sterren en het Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van diverse tandheelkundige behandelingen, waarvan één behandeling is uitgevoerd te Leuven, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 september 2013 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 brief van 10 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 28 januari 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 25 april 2014 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 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 brieven van 26 juni 2014 en 3 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 8 september 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 september 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 8 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014114404) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie voor bijzondere tandheekkundige hulp heeft. Er is geen sprake van een dento-alveolair defect, maar van een dentaal defect.

Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 oktober 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De behandelend medisch specialist in Leuven heeft bij verzoeker het volgende vastgesteld: *“Patiënt is door iemand een drietal keer geslagen geweest in het gezicht met als resultaat luxatie van 21. Nadien zou hij zijn neergevallen. Op de spoed gevallen is er eerste hulp toegediend; 21 was gepositioneerd. (...) Controle binnen 1 week bij eigen tandarts.”*

4.2. Verzoeker is tijdens zijn verblijf in België in mei 2013 bedreigd met een mes en in elkaar geslagen. Hij heeft toen onder meer een klap in het gezicht gekregen waarbij ook een tand beschadigd is geraakt. Na de mishandeling heeft verzoeker zich gewend tot de spoedeisende hulp van het UZ Leuven. Daar heeft dienstdoende specialist de beschadigde tand teruggeplaatst. Echter, bij terugkomst in Nederland en na vele consulten bij de eigen tandarts bleek de tand dood te zijn.

4.3. De kosten die verzoeker heeft moeten maken om het gebit te herstellen zijn aanzienlijk. Zo hoog dat zelfs zijn aanvullende ziektekostenverzekering niet toereikend is. Aangezien de oorzaak van de tandheekkundige kosten de mishandeling is, meent verzoeker dat deze kosten dienen te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft, als gevolg van een ongeval in Leuven, schade opgelopen aan zijn gebit. Op 18 mei 2013 is hij hiervoor op de spoedeisende hulp behandeld waarbij element 21 werd gerepositioneerd. De kosten van deze behandeling bedroegen € 529,56 en zijn op grond van artikel 19 van de zorgverzekering voor 80 percent van het gemiddelde gecontracteerde tarief vergoed. Deze vergoeding van € 335,71 is echter niet aan verzoeker uitgekeerd, maar is verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2013. Hierdoor blijven de volledige kosten van de behandeling in Leuven voor rekening van verzoeker.

5.2. Verder heeft verzoeker in de periode van 21 mei 2013 tot en met 4 november 2013 meerdere nota's voor tandheekkundige kosten ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De zorgverzekering biedt enkel dekking voor mondzorg in geval van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel,

waarbij het gebit zonder de tandheilkundige zorg niet zijn normale functie kan houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad. Dit is onder meer het geval indien sprake is van een dento-alveolair defect. Uit de overgelegde stukken is gebleken dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Met name is bij hem geen sprake van een dento-alveolair defect.

5.3. Vanuit de zorgverzekering bestaat derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt in 2013 dekking tot maximaal € 450,- per kalenderjaar.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 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 ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. Artikel 41 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheilkundige zorg in bijzondere gevallen bestaat, en luidt:

"U heeft aanspraak op een tandheilkundige behandeling in gevallen waarin:

- u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheilkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

*- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheilkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
(...)"*

8.3. Artikel 19 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering betreft de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"19.1 Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;

- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;

- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van [de zorgverzekering] tot maximaal:

– wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;

– het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;

– wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)"

- 8.4. De artikelen 7 en 8 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zien op het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, en luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 7 Verplicht eigen Risico

7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.

7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de basisverzekering aanspraak kan worden gemaakt. (...)"

“Artikel 8 Vrijwillig gekozen eigen Risico

8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De basisverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.

8.2 Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de basisverzekering aanspraak kan worden gemaakt. (...)"

- 8.5. De artikelen 7, 8 en 19 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 41 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering, zijn volgens artikel 2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

- 8.7. De verschuldigdheid van het wettelijk verplicht eigen risico en de mogelijkheid tot het afsluiten van een vrijwillig eigen risico zijn geregeld in de artikelen 19, 20, 21 en 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.

- 8.8. 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 gereuleerde 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.

8.9. In de aanvullende ziektekostenverzekering is onder meer de volgende bepaling opgenomen:

"Beter Af Tandarts Polis 2 sterren
– C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
– overige codes: 75%
– totale vergoeding is maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar"

8.10. Artikel 19 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt."

8.11. Artikel 25 Vo. nr. 987/2009 luidt, voor zover hier van belang:

"1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.

(...)

5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.

(...)

7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

Behandeling in Leuven (België)

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoeker ondergane behandeling in Leuven een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering vormt en dat deze geïndiceerd was. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag welke vergoeding voor deze behandeling dient te worden toegekend. Deze vergoeding kan zijn gebaseerd op Vo 883/2004 of op de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Ingevolge artikel 19 Vo 883/2004 heeft een verzekerde die verblijft in een andere EU-lidstaat recht op verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden. Verzoeker heeft,

bij terugkomst in Nederland, de nota's uit België bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. Hieruit leidt de commissie af dat verzoeker de EHIC niet heeft getoond, dan wel dat deze door de betrokken zorgaanbieder is geweigerd. In een dergelijke situatie dient op grond van artikel 19 van Vo 883/2004 in combinatie met artikel 25 van Vo 987/2009 te worden onderzocht (i) of de zorg valt onder de dekking van de Belgische sociale ziektekostenverzekering en (ii), indien dit het geval is, welk tarief aldaar voor deze zorg op grond van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering wordt vergoed.

9.3. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve tot tarifiering over te gaan. Indien mocht blijken dat de Belgische sociale ziektekostenverzekering niet voorziet in vergoeding van de onderhavige kosten dan wel dat het Nederlandse tarief voor de onderhavige behandeling hoger is dan het tarief dat ingevolge de Belgische sociale ziektekostenverzekering voor de ingreep wordt gehanteerd, heeft verzoeker op basis van de zorgverzekering aanspraak op (aanvulling tot) maximaal het toepasselijke Wmg- dan wel het marktconforme tarief, een en ander conform artikel 19 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Hierbij geldt dat de ziektekostenverzekeraar ter vaststelling van het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief is uitgegaan van DBC/DOT code 199299006/15d041 met bijbehorend tarief van € 529,56. Deze code komt de commissie, gelet op de bij verzoeker uitgevoerde behandeling, juist voor. Ingevolge artikel 13 van de zorgverzekering geldt een restitutiekorting (20 percent) voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Verzoeker kan zodoende aanspraak maken op een vergoeding ten bedrage van € 335,71 ten laste van de zorgverzekering.

9.4. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat eerder genoemd bedrag van € 335,71 niet aan verzoeker is uitgekeerd, maar is verrekend met het verplichte en vrijwillig eigen risico van verzoeker. Vast staat dat verzoeker voor het jaar 2013 een bedrag van maximaal € 350,- aan wettelijk verplicht eigen risico is verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Daarnaast heeft verzoeker voor het jaar 2013 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van maximaal € 100,-. Hiermee komt het totale eigen risico voor het jaar 2013 op € 450,-. Tussen partijen is niet in geschil dat dit eigen risico ten tijde van de behandeling in België nog niet was volgemaakt en dat de behandeling valt onder de zorgvormen waarop het eigen risico van toepassing is. Gelet op het voorgaande is de commissie dan ook van oordeel dat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond het bedrag van € 335,71 te verrekenen met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013.

Overige tandheelkundige kosten

9.5. Verzoeker heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van tandheelkundige behandelingen, ondergaan in de periode van 21 mei 2013 tot en met 4 november 2013. Op grond van artikel 41 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op bijzondere tandheelkunde indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een ernstige ontwikkelingstoornis, groeiestoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, óf een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, óf als de verzekerde een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. In het onderhavige geval is de vraag of sprake is van eerstgenoemde indicatie.

9.6. In de nota van toelichting op het onderliggende Bzv is uiteengezet in welke gevallen een zodanige indicatie aanwezig is. In dit verband worden met name oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen genoemd. Een zogenoemd dento-alveolair defect is hiermee in ernst vergelijkbaar. Van een dento-alveolair defect kan worden gesproken indien het harde weefsel van één of meer gebitselementen geheel of gedeeltelijk is verdwenen (dentaal defect), alsmede een substantieel deel van de aangrenzende tanddragende kaak (botdefect). Het botdefect dient in ernst vergelijkbaar te zijn met schisis.

9.7. Mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 15 oktober 2014 is bij verzoeker geen sprake van een dento-alveolair defect; met name is niet gebleken van substantiële schade aan het

kaakbot. Een indicatie voor bijzondere tandheelkunde ontbreekt derhalve en verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de tandheelkundige behandelingen, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de onderhavige zorg tot een bedrag van maximaal € 450,- per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering van de tandheelkundige behandeling die verzoeker in Leuven heeft ondergaan.
Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.9 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 5 november 2014,

Voorzitter