



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen
Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Turkije, mondzorg, implantaten en kronen, spoedeisende zorg

Zaaknummer : 201301677

Zittingsdatum : 8 april 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 13 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen

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

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Agis Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Plus Amsterdam 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twaalf implantaten en 28 kronen, aangebracht te Kayseri, Turkije (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 februari 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 23 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 25 juni 2014 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 27 september 2014 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 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 brief van 16 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Deze brief heeft de commissie op 22 januari 2015 bereikt. Een afschrift hiervan is op 23 januari 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 januari 2015 het antwoordformulier geretourneerd, zonder daarbij een keuze te hebben gemaakt voor de wijze van horen. De commissie heeft daarom besloten een hoorzitting in persoon in te plannen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 april 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Om redenen van proceseconomie heeft de commissie besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid, en tevens, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 23 januari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 februari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015011170) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie had voor de bij hem uitgevoerde tandheelkundige behandeling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 8 april 2015 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 10 april 2015 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 april 2015 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 ten aanzien van verzoeker verklaard: *“After a detailed clinical and radiographic examination; it is considered by our specialists the patient needs dental implants due to regain chewing and aesthetic properties. Dental treatments (12 dental implants and 28 porcelain veneer crowns) were done by (...) (periodontology) (...)”*.
- 4.2. Verzoeker had tandeloze kaken, waardoor hij maandenlang alle maaltijden vloeibaar tot zich heeft moeten nemen. Hierdoor kreeg hij gezondheidsklachten, waaronder bloedingen, verminderde eetlust en veel pijn. Ook kreeg hij psychische klachten. Omdat verzoeker gedurende langere tijd in Turkije verbleef, heeft hij ervoor gekozen zich aldaar te laten behandelen.
- 4.3. Verzoeker is van mening dat hij in ieder geval aanspraak heeft op een gedeeltelijke vergoeding. De behandeling was noodzakelijk. Indien geen vergoeding mogelijk is vanuit de zorgverzekering, kan vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding worden verleend in verband met spoedeisende zorg in het buitenland, als bedoeld in artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij diabetes heeft, en last krijgt van trillingen indien hij niet regelmatig eet. Eten was vóór de behandelingen echter niet mogelijk. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandelingen om esthetische redenen zijn uitgevoerd, maar dit is niet juist. Verzoeker had ernstige pijn. Hij is al op leeftijd, en heeft in het verleden geen goede tandheelkundige zorg gehad. Omdat hij met pensioen is, heeft hij ervoor gekozen een deel van het jaar in Turkije door te brengen. Daar is de behandeling ook uitgevoerd. Verzoeker heeft hoge kosten gemaakt, en heeft daarvoor geld moeten lenen. De situatie was levensbedreigend.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op de nota van de Turkse tandarts is vermeld dat twaalf implantaten en 28 kronen zijn aangebracht. Uit de stukken blijkt niet dat sprake was van een tandeloze kaak. De betreffende zorg is niet aan te merken als spoedeisende zorg. Onder spoedeisende zorg wordt zorg verstaan die bij vertrek uit Nederland redelijkerwijs niet is te voorzien en die niet is uit te stellen tot na terugkeer naar Nederland. Voor de aan verzoeker verleende tandheelkundige zorg is vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering dan ook geen vergoeding mogelijk. Ook vanuit de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op vergoeding.

5.2. 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 verzoeker zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoeker hierop bij e-mailbericht van 8 januari 2015 gewezen. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 20 januari 2015 bevestigd dat hij 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 12 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op implantaten en tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“a Implantaten

Omschrijving: aanspraak bestaat op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er dient sprake te zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

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

Prestatie:

- *gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg;*
- *niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.*

Behandelingen van mondzorg zijn vastgelegd in prestaties. U heeft recht op vergoeding tot maximaal het door Agis vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt een lijst met prestaties en bedragen vinden op onze website of opvragen bij onze Klantenservice. (...)

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.

Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts, instelling voor mondzorg, instelling voor jeugdtandverzorging, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist.

Prestatie:

- *gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg;*
- *niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.*

Behandelingen van mondzorg zijn vastgelegd in prestaties. U heeft recht op vergoeding tot maximaal het door Agis vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt een lijst met prestaties en bedragen vinden op onze website of opvragen bij onze Klantenservice. (...)

8.4. Artikel 14 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde

de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Eén en ander onverminderd het bepaalde in lid 6. (...)

3 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. (...)"

8.5. De artikelen 12 en 14 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.

8.7. 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.

8.8. Artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op mondzorg en luidt, voor zover hier van belang:

"d Mondzorg voor verzekerden vanaf 18 jaar (met uitzondering van orthodontie en de uitneembare volledige gebitsprothese)

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

Vergoeding: (...)

AV Plus Amsterdam maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten).

een (prestatie)lijst met de verrichtingen/behandelingen die voor vergoeding in aanmerking komen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. U heeft recht op vergoeding tot maximaal het op deze lijst vermelde marktconforme bedrag per prestatie. Kijk voor meer informatie en voorbeelden op www.agisweb.nl. (...)"

8.9. Artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studietoelinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp

wordt in dit verband verstaan: hulp die redelijkerwijs niet was voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (of woonland).

Vergoeding:

- geneeskundige kosten, in aanvulling van de vergoeding op basis van de hoofdverzekering of verdrag:

- volledig, werelddekking;

- ziekenvervoer: volledig, voor medisch noodzakelijk ambulancevervoer binnen het land van verblijf;

repatriëring: volledig, mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale, voor de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van zieke of gewonde verzekerde vanuit een instelling in het buitenland naar een instelling in Nederland alsmede de kosten van medisch noodzakelijke begeleiding;

- vervoer stoffelijk overschot: volledig, mits georganiseerd via bemiddeling door de Agis Alarmcentrale;

- Agis Alarmcentrale: volledig, voor het organiseren van hulpverlening door de Agis Alarmcentrale (...)"

- 8.10. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt:

“Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg wanneer de gezondheidstoestand van een verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Verzoeker heeft toegelicht veel last te hebben gehad van zijn tandeloze kaken. Niet aannemelijk is echter dat het aanbrengen van twaalf implantaten en 28 kronen is aan te merken als een geneeskundige behandeling die onmiddellijk noodzakelijk was. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de zorg op basis van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Rest de vraag of aanspraak bestaat op vergoeding van de onderhavige zorg, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.2. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg, waaronder het aanbrengen van implantaten, indien sprake is van een zodanige 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. Deze situatie is onder andere aan de orde bij een ernstig geslonken tandeloze kaak. In dat geval moeten de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- 9.3. Gelet op het aantal aangebrachte implantaten en kronen is aannemelijk dat verzoeker tandeloze kaken had. Niet gebleken is echter dat het ging om ernstig geslonken kaken. Bovendien dienen de implantaten niet ter bevestiging van uitneembare prothesen. Ook anderszins is bij verzoeker niet gebleken van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de in Turkije ondergane tandheelkundige behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.
- 9.5. Verder biedt de aanvullende ziektekostenverzekering dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland. Het moet dan gaan om spoedeisende hulp die redelijkerwijs niet was voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Het aanbrengen van twaalf implantaten en 28 kronen is niet aan te merken als spoedeisende zorg als bedoeld in artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Gebleken noch aannemelijk is dat deze klachten niet waren voorzien bij vertrek naar Turkije en dat met behandeling niet kon worden gewacht tot na terugkeer in Nederland. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een verdergaande vergoeding van de kosten van de tandheelkundige zorg dan eerder genoemd bedrag van € 500,-, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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, 22 april 2015,

mr. drs. P.J.J. Vonk