

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, mondzorg, parodontologische zorg, implantaten
Zaaknummer : 2010.02796
Zittingsdatum : 12 oktober 2011

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 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag 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 3 sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Beter Af Stork Polis 3 sterren afgesloten. De Beter Af Stork Polis 3 sterren is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 parodontologische zorg, uitgevoerd te Kaunas (Litouwen) (hierna: de aanspraak). Bij e-mail van 11 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 900,--, is ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 november 2010 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 e-mail van 19 mei 2011 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 ad € 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 27 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 augustus 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 12 respectievelijk 22 september 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 8 augustus 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011084206) 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 heeft voor bijzondere tandheelkunde. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 september 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het advies te reageren. Zij hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt dat bij hem in Litouwen in verband met parodontitis een kaakchirurgische behandeling is uitgevoerd, die is gedekt onder de zorgverzekering. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, zijn bij hem geen implantaten aangebracht. Verzoeker benadrukt dat hij bekend is met hart- en vaatproblemen, hetgeen van belang is in verband met de bestaande parodontitis.
 - 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt uit de stukken dat in de eerste fase van de behandeling parodontitis is vastgesteld. Na een consult met specialisten op het gebied van parodontitis volgde een chirurgische behandeling van de elementen 36 en 37. Na het plaatsen van een tijdelijke uitneembare boven- en onderprothese volgde in de derde fase een kaakholteoperatie met botopbouw, en zijn ten behoeve van de elementen 25, 26 en 27 implantaten geplaatst. Parodontale chirurgie en het aanbrengen van implantaten zijn uitgesloten van vergoeding onder de zorgverzekering. Parodontologische behandelingen kunnen alleen in zeer uitzonderlijke omstandigheden onder de bijzondere tandheelkundige zorg worden gebracht.
 - 5.2. Aan verzoeker is vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding verleend van € 900,--. Dit is de maximale vergoeding per kalenderjaar.
 - 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 volledig 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.
Artikel 35 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft aanspraak op chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.

Voorwaarden

- ☐ *Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor alle osteotomie (kaakoperaties) behandelingen en implantaten die dienen ter ondersteuning van een volledige uitneembare prothese.*
- ☐ *De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg."*

Artikel 37 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op implantaten en luidt, voor zover hier van belang:

"37.1 Implantaten

U heeft aanspraak op tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Voorwaarden

- ☐ *Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door een kaakchirurg, een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.*
- ☐ *Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.*

37.2 Uitneembare volledige prothese op implantaten

U heeft aanspraak op een uitneembare volledige prothese op implantaten wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- of onderkaak.(...)"

Artikel 39 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft aanspraak op een tandheelkundige 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 tandheelkundige 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 tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;*
- ☐ *u volgens de gevalideerde angstschalen zoals omschreven in de richtlijnen van een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen. Voor [de] extreem angstige verzekerde en de verzekerde met een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, geldt bij preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare (niet zijnde volledige) prothetische voorzieningen een wettelijke eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor zodanige behandeling als er geen sprake is van toepassing van dit artikel. (...)"*

Artikel 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"19.1.1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- ☐ *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 marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
 - ☐ *wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.(...)"*

8.3. Artikel 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de artikelen 35, 37 en 39 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).

8.4. 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 2.4 Rzv.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent één bepaling die, voor zover hier van belang, als volgt luidt:

“Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%. (...)”

- ☐ *C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%*
- ☐ *overige codes: 75%*
- ☐ *totale vergoeding is maximaal € 900,- per persoon per kalenderjaar (...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat bij de beoordeling de aanvraag leidend is. Op deze aanvraag is vermeld dat de elementen 25, 26 en 27 zijn behandeld met “BioHorizons Tapered Internal”. De commissie is gebleken dat het hierbij – anders dan verzoeker stelt – gaat om implantaten.
- 9.2. Aangezien niet voorafgaand aan de behandeling een aanvraag is ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, blijft Verordening 883/2004 buiten toepassing en dient de beoordeling plaats te vinden aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoeker heeft, op grond van artikel 39 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering, aanspraak op implantaten indien bij hem sprake is van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat hij zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan verwerven of behouden die gelijk is aan de functie die hij zou hebben gehad indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Voorts bestaat, ingevolge artikel 37 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering, aanspraak op implantaten bij een ernstig geslonken tandeloze kaak, voor zover de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- 9.3. Bij verzoeker is niet gebleken van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dan wel van een ernstig geslonken tandeloze kaak, zodat hij geen aanspraak heeft op implantaten ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Wat betreft de chirurgische behandeling van de parodontitis geldt dat deze zorg, in het kader van de chirurgische tandheelkundige zorg, bedoeld in artikel 35 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering, expliciet is uitgesloten.
- 9.5. Nu voorts niet is gebleken van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, heeft verzoeker ingevolge artikel 39 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering evenmin aanspraak op deze zorg, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster reeds het volledige bedrag voldaan waarop vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering recht bestaat, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 oktober 2011,

Voorzitter