

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Mondzorg, flapoperatie, maximumvergoeding, bijzondere medische omstandigheden
Zaaknummer : 2011.02868
Zittingsdatum : 15 augustus 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 een tandheelkundige behandeling, te weten een flapoperatie, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 10,10 wordt vergoed, voor het overige is de aanspraak afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 3 oktober 2011 en brief van 2 december 2011 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 29 maart 2012 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 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 2 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 juli 2012 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 juli 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 juli 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De behandelend parodontoloog heeft bij brief van 26 oktober 2011 verklaard dat in het voorjaar van 2008 bij verzoeker met goed resultaat parodontale chirurgie is uitgevoerd. In het najaar van 2008 zijn implantaten geplaatst, hetgeen goed is geheeld.

4.2. Eind 2010 heeft verzoeker diverse buikoperaties ondergaan en is hij medisch gecompromitteerd geraakt. Sinds die tijd is het parodontium sterk achteruit gegaan met een terugkerende parodontitis en peri-implantitis tot gevolg vanwege de ontstane immuun-disbalans. Het was daarom noodzakelijk het parodontium opnieuw chirurgisch te behandelen. Het behandelresultaat is echter niet goed te noemen. Met een meer geïntensiveerde nazorg hoopt de parodontoloog een stabielere situatie te verkrijgen.

4.3. Verzoeker benadrukt dat het geen reguliere flapoperatie betreft, maar een behandeling naar aanleiding van zijn medische toestand. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat een aanvullende vergoeding zou leiden tot precedentwerking, is niet juist, omdat de parodontoloog in dit geval ook een amputatie van een wortel heeft uitgevoerd.

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. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat voor parodontologie aanspraak op een bedrag van maximaal € 325,- per kalenderjaar. Verzoeker heeft op 30 augustus 2011 een flapoperatie ondergaan, waarvoor een bedrag van € 619,94 is gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hiervoor een vergoeding van € 10,10 verleend, waarmee de maximale vergoeding voor het jaar 2011 is bereikt. De overige kosten blijven daarom voor rekening van verzoeker.

5.2. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid verzoeker, ook niet bij wijze van uitzondering, een aanvullende vergoeding te verlenen, omdat dit niet eerlijk zou zijn ten opzichte van verzekerden die zich in een vergelijkbare situatie bevinden en voor wie geen uitzondering is gemaakt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 verzoeker aanspraak heeft op een hogere vergoeding van de kosten van een flapoperatie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde van belang.

8.2. In artikel 11.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op 80 percent van de kosten van parodontale zorg tot een maximum van € 325,--.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.1. Ingevolge artikel 11.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 80 percent van de kosten van parodontale zorg met een maximum van € 325,-- per verzekerde per kalenderjaar. Verzoeker heeft volgens de ziektekostenverzekeraar voor het jaar 2011 in totaal reeds € 314,90 vergoed gekregen voor parodontale zorg, hetgeen door verzoeker niet is weersproken. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Met de thans bestreden beslissing is een bedrag van € 10,10 vergoed voor de kosten van de onderhavige parodontale zorg. Hiermee is de maximale vergoeding van € 325,-- voor het jaar 2011 bereikt. Het deel van de in 2011 gemaakte kosten dat dit maximum overstijgt, blijft daarom voor rekening van verzoeker.

Bijzondere medische omstandigheden

9.2. Voor zover het beroep van verzoeker op zijn bijzondere medische omstandigheden moet worden aangemerkt als een verzoek om een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 augustus 2012,

Voorzitter