

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C, tegen D en E, beide te F
Zaak : Mondzorg, frameprotheses op telescoopkronen
Zaaknummer : 2010.00197
Zittingsdatum : 1 december 2010

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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C

tegen

- 1) D te F en
- 2) E te F, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de kosten van twee frameprothesen op telescoopkronen (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 22 juni 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 9 mei 2010 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 september 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 1 respectievelijk 22 november 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 28 september 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 oktober 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010120339) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige zorg. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 10 november 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 december 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 3 december 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend tandarts heeft het volgende gesteld: “haar overgebleven tanden in de bovenkaak bestaan uit de 14 tm 24. De door de vorige behandelaar gemaakte prothese kan zij niet dragen ivm het verhoogde braakeffect dat zij heeft en een sterke allergische reactie van haar tandvlees. (...) Omdat de beet alleen afgesteund was op haar voortanden, er een ernstige botafbraak aanwezig is, en er op de peilers van haar brug secundaire cariës ontstaan is, en er meerdere tanden (14, 23,36) endodontisch niet meer te behandelen zijn, hebben wij gekozen voor een nieuwe prothese in de boven en onderkaak (...)”.
- 4.2. Verzoekster stelt dat haar kaakstructuur het niet toelaat een totale prothese aangezien te krijgen. Zij is, mede gelet op haar leeftijd (80), niet in staat de onderhavige kosten ad € 6.181,12 zelf te betalen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat, als gevolg van een taalprobleem, de communicatie met de ziektekostenverzekeraar vanaf het begin moeizaam is verlopen. Zo kreeg verzoekster van de ziektekostenverzekeraar te horen dat zij al haar tanden en kiezen maar moest later trekken, waarna zij aanspraak zou kunnen maken op een gebit. Na deze mededeling heeft verzoekster in overleg met de ziektekostenverzekeraar besloten een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten om te voorkomen dat al haar tanden en kiezen getrokken moesten worden. Bij het afsluiten van deze aanvullende verzekering is de schijn gewekt dat de onderhavige kosten zouden worden vergoed.

Voorts stelt verzoekster dat gebleken is dat zij onder het Engelse ziekenfonds valt. In plaats van de onderhavige kosten te declareren bij de Engelse NHS heeft de ziektekostenverzekeraar de betaalde premie gerestitueerd gekregen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de onderhavige kosten ten laste van de zorgverzekering aangezien verzoekster geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Nu de behandeling intussen zonder de vereiste akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden, valt thans niet meer onomstotelijk te bewijzen dat verzoekster voorafgaande aan de behandeling aan de gestelde voorwaarden voldeed.

5.2. Vanuit de ten behoeve van verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 75 percent van de kosten met een maximum van € 450,-- per persoon per jaar. Dit bedrag heeft verzoekster vergoed gekregen.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de mededeling dat in beginsel aanspraak bestaat op een prothese indien alle tanden en kiezen zijn getrokken op zich juist is. Verzoekster had uit die mededeling ook kunnen opmaken dat deze behandeling niet zou worden vergoed. Daarbij heeft zij gekozen voor een aanvullend product met een beperkte dekking.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van twee frameprothesen op telescoopkronen, 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 in de artikelen 19 tot en met 43 van de zorgverzekering.

Artikel 34 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“34 Mondzorg

34.1. Zorg waar u recht op hebt

U hebt recht op de mondzorg in bijzondere gevallen voor verzekerden van alle leeftijden. Het gaat om mondzorg die noodzakelijk is omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel hebt; (...)

Zonder die mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad. (...)

34.2. Voorwaarden om voor de zorg in aanmerking te komen

U hebt op alle leeftijden recht op mondzorg in bijzondere gevallen als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

- Het gaat om zorg die tandartsen die normaal gesproken verlenen.

- Als bij een gecombineerde behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een tandarts/prothetist dat deel van het behandelplan opstellen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. (...)

36. Mondzorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Naast de zorg in artikel 34. hebben verzekerden van 22 jaar en ouder ook in de volgende gevallen recht op mondzorg:

(...)

- uitneembare volledige gebitsprothesen voor de boven- en of onderkaak. De voorwaarden hiervoor leest u in artikel 36.2.

(...)”

- 8.3. De artikelen 34.1 en 36 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de 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 polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 19 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 19

Woonplaats op het grondgebied van een andere dan de bevoegde Lid-Staat - Algemene regels

1. De werknemer die op het grondgebied van een andere Lid-Staat dan de bevoegde Staat woont en aan de in de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, heeft, eventueel met inachtneming van artikel 18, in de Staat op het grondgebied waarvan hij woont, recht op

a) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woonplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof hij bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten;”

- 8.7. Artikel 19 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

“19.1. Mondzorg algemeen

19.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden mondzorg algemeen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

19.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen.

U hebt recht op vergoeding van mondzorg algemeen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

*Het gaat om mondzorg zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet.
(...)”*

- 8.8. In het Vergoedingen Overzicht is de hoogte van de vergoeding met betrekking tot mondzorg geregeld:

“Mondzorg Maximaal € 450,--- per jaar voor onderstaande zorg samen

1^e en 2^e Preventieve onderzoek (C11/C12) 100%

Kronen, bruggen en inlays (codes die beginnen met “R”) 75%

Gebitsprothese (codes die beginnen met “P” of “J”) 75%

Overige mondzorg 75%

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 34 van de zorgverzekering kan verzoekster aanspraak maken op bijzondere tandheelkunde indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. In de nota van toelichting op het onderliggende Bzv is uiteengezet in welke gevallen een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig is. In dit verband worden met name oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen genoemd. Uit de aan de commissie overgelegde stukken is niet gebleken dat bij verzoekster sprake is van een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel die in ernst te vergelijken is met één van bovengenoemde aandoeningen.

- 9.2. Voor zover verzoekster meent dat de geplaatste protheses vallen onder artikel 36 van de zorgverzekering, merkt de commissie op dat uit de overgelegde stukken blijkt dat bij verzoekster partiële protheses zijn geplaatst. Op grond van de zorgverzekering komt een partiële prothese niet voor vergoeding in aanmerking. De voorwaarden bepalen immers dat enkel een uitneembare volledige prothese voor vergoeding in aanmerking komt. Dat de overgebleven tanden in de kaak van verzoekster geen zelfstandige functie meer hebben, en slechts dienen ter ondersteuning van de prothese, maakt dit niet anders.
- 9.3. Ter zitting is door verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de onderhavige behandeling had kunnen indienen bij de NHS, aangezien zij aldaar is verzekerd. Er is echter gekozen voor premierestitutie. De commissie begrijpt de situatie van verzoekster aldus dat zij in het Verenigd Koninkrijk is verzekerd op basis van de plaatselijke sociale zekerheidswetgeving. Zij woont echter in Nederland en is zodoende als verdragsrechthebbende aan te merken. Op grond van EG-verordening 1408/71 (thans 883/2004) heeft zij aanspraak op zorg volgens de wettelijke ziektekostenverzekering van het woonland, in dit geval Nederland. Daartoe heeft zij met de ziektekostenverzekeraar een overeenkomst van zorgverzekering afgesloten. Aangezien het Verenigd Koninkrijk in dit verband de bevoegde staat is, gaat het niet aan haar (nogmaals) premie voor de ziektekostenverzekering in rekening te brengen. De aan de ziektekostenverzekeraar betaalde premie voor de zorgverzekering is dan ook terecht door deze gerestitueerd. De ziektekostenverzekeraar kan geen aanspraak maken op vergoeding vanuit de NHS. Het voorgaande strekt zich niet uit tot de aanvullende ziektekostenverzekering; dit is immers geen wettelijke, maar een private ziektekostenverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Op grond van artikel 19 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster recht op vergoeding van 75 percent van de kosten van de aldaar genoemde mondzorg, tot een maximaal bedrag van € 450,- per jaar. Uit de overgelegde stukken maakt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar dit bedrag heeft vergoed. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden de onderhavige kosten te vergoeden voor zover met de eerdere vergoeding het maximum bedrag van € 450,- per jaar reeds is bereikt.

Toezegging

- 9.5. Ter zitting is door verzoekster tevens verklaard dat de ziektekostenverzekeraar haar heeft voorgehouden dat indien zij een aanvullende ziektekostenverzekering zou sluiten alle tandartskosten zouden worden vergoed. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende. De ziektekostenverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de ziektekostenverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de ziektekostenverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.

- 9.6. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de ziektekostenverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat zij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan zij schade lijdt.
- In dit geval heeft verzoekster gekozen voor een aanvullende ziektekostenverzekering met de laagste dekking voor tandartskosten en een navenante premiestelling. Alleen al om die reden mocht zij er niet op vertrouwen dat op basis van deze verzekering aanspraak zou kunnen worden gemaakt op een hoge, laat staan volledige vergoeding van de kosten van een relatief dure tandheelkundige behandeling.

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, 15 december 2010,

Voorzitter