

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E te D
Zaak : Mondzorg, implantaten, bovenooglidcorrectie, eigen risico, premie
Zaaknummer : 2009.01552
Zittingsdatum : 19 mei 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk, en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008 en 2009, artt. 10, 11, 16, 19 Zvw, 2.1, 2.4, 2.7, 2.17, 2.18 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008 en 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen diverse beslissingen, van verschillende data, van de ziektekostenverzekeraar. Het gaat daarbij in de eerste plaats om de beslissing een implantaatbehandeling slechts gedeeltelijk te vergoeden. Verder gaat het om de beslissing geen machtiging af te geven voor een blepharoplastiek. Voorts bestrijdt verzoekster de beslissing van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een premieachterstand en is zij van oordeel dat deze het CAK dient te voorzien van de noodzakelijke informatie in het kader van de compensatieregeling eigen risico (hierna: de aanspraak).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van voornoemde kwesties was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (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 AV-TOP Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. In een aantal brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij – kort samengevat – vasthoudt aan de onder punt 2 omschreven beslissingen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Eveneens met brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar. In de brief aan de Ombudsman van 28 augustus 2009 licht de ziektekostenverzekeraar toe dat met betrekking tot de onder 2 genoemde kwesties een heroverweging is uitgevoerd, en dat door verzoekster sindsdien nog een onderwerp naar voren is gebracht, te weten de vergoeding

voor parodontologie.

- 3.5. Bij brief van 21 november 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de implantaatbehandeling en de blepharoplastiek volledig te vergoeden, alsmede de kosten verbonden aan de behandelingen parodontologie ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 maart 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 12 maart en 20 april 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 5 maart 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 1 april 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010035304) 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 tandheelkunde. Voorts is er geen indicatie voor een bovenooglidcorrectie omdat bij verzoekster geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 14 april 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 mei 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 20 mei 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de pleitnota toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 3 juni 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Ten aanzien van de implantaatbehandeling is de stelling van verzoekster, naar de commissie begrijpt, dat haar indertijd door de ziektekostenverzekeraar een coulancevergoeding is toegezegd ten bedrage van € 583,20 voor de behandeling van element 22 door een tandarts-endodontoloog. Uiteindelijk kon deze tandarts element 22 niet behouden en bedroeg de rekening een bedrag van € 154,20. Daarvan is door de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 15,-- onbetaald gebleven. Op de behandeling door de tandarts-endodontoloog is een implantaatbehandeling gevolgd, waar-

voor verzoekster – blijkens de brief van de ziektekostenverzekeraar van 10 september 2008 – toestemming heeft gevraagd. Verzoekster is er van uitgegaan dat de eerdere toezegging tot coulancevergoeding zich tevens zou uitstrekken tot de noodzakelijke vervolgbehandelingen, zoals de implantaatbehandeling en dat alle daarmee verband houdende kosten moeten worden vergoed en niet, zoals de ziektekostenverzekeraar thans heeft gedaan, slechts een fractie daarvan. Zij tekent voorts aan dat het door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde alternatief voor het implantaat, te weten een prothese, met zich zou brengen dat er nog twee elementen verloren zouden gaan.

- 4.2. Wat betreft de blepharoplastiek kampt verzoekster met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de vorm van een ernstige blikveldbeperking, en komt zij om die reden in aanmerking voor een wenkbrauwlift. Desondanks geeft zij de voorkeur aan een – minder ingrijpende – bovenooglidcorrectie. Volgens verzoekster is sprake van een familiale component. Op vijftientigjarige leeftijd onderging zij reeds een zelfde ingreep.
- 4.3. Aangaande de premie neemt verzoekster het standpunt in dat deze steeds tijdig is voldaan, zoals blijkt uit de overgelegde afschriften.
- 4.4. Voor zover het eigen risico aan de orde is, heeft verzoekster aanvankelijk geweigerd de nota van de ziektekostenverzekeraar te voldoen, nu deze in haar optiek nalatig is geweest met het aanleveren van informatie aan het CAK in het kader van de compensatieregeling eigen risico. Hierdoor is verzoekster de compensatie in 2007, 2008 en 2009 misgelopen.
- 4.5. Verzoekster maakt verder aanspraak op vergoeding van behandelingen parodontologie ten laste van de zorgverzekering. Zij verklaart sinds 1999 onder behandeling te staan bij de Parodontologische Kliniek Den Haag. Tot 1 juli 2008 werden de daarmee gemoeide kosten vergoed op basis van de regeling inzake bijzondere tandheelkunde. Thans is de vergoeding beperkt tot 80 percent van de kosten en onder toepassing van een maximum.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de bovenooglidcorrectie noodzakelijk is vanwege een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige aandoening. Dit is ook aangetoond op 12 maart 2010. Het bevreemd haar dat het CVZ al op 5 maart 2010 heeft geconcludeerd dat een indicatie ontbreekt. Ook voor wat betreft de implantaatbehandelingen staan er onjuistheden in het advies. Het CVZ-advies spreekt over een onbetande kaak terwijl bij haar sprake is van een betande kaak. Nu het CVZ-advies niet juist is, is verzoekster van mening dat de commissie bij de beoordeling het CVZ-advies moet passeren.
- 4.7. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat indertijd een coulancevergoeding is toegezegd vanwege een verkeerde behandeling door de tandarts. Uiteindelijk bleek het betreffende element niet te behouden. De daarmee gemoeide kosten ad € 154,20 zijn gefaseerd vergoed. De toezegging strekte zich evenwel niet uit tot de behandeling door de kaakchirurg en het aanbrengen van een implantaat. Dit is een kostbare oplossing. Andere, goedkopere op-

lossingen zoals een prothese waren denkbaar, terwijl voor de implantaatbehandeling ook geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Later is alsnog toestemming verleend voor een implantaatbehandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarbij geldt een gemaximeerde vergoeding.

- 5.2. Hoewel de correctie van de bovenoogleden volgens verzoekster noodzakelijk is, ontbreekt daarvoor een indicatie in de vorm van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. De behandeling valt daarom niet onder de dekking. De ziektekostenverzekeraar voegt hier aan toe dat uit de betreffende aanvraag blijkt dat de indicatie is: dermatochalasis.
- 5.3. De behandelingen parodontologie zijn in de jaren 2008 en 2009 vergoed binnen de grenzen, gesteld in het Vergoedingenoverzicht. Verzoekster was vooraf bekend met de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.4. Onder verwijzing naar artikel 7 lid 4 van de zorgverzekering, stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster aanvankelijk weigerde de nota ter zake van het eigen risico te voldoen, zolang zij geen compensatie zou ontvangen van het CAK. Een dergelijke eigenmachtige verrekening is niet toegestaan. Gevolg hiervan was een betalingsachterstand. Intussen is deze ingelopen. Omdat al een klein deel van het eigen risico was ingehouden, had verzoekster € 15,-- teveel betaald. Dit bedrag is in mindering gebracht op de maandpremie.
- 5.5. Waar het gaat om de compensatieregeling eigen risico, geldt dat deze wordt uitgevoerd door het CAK, en dat verzoekster zich met haar bezwaar heeft gewend tot de verkeerde instantie.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat ten aanzien van de bovenooglidcorrectie het ingenomen standpunt conform de wet en de polis is, hetgeen het CVZ in zijn advies heeft bevestigd. Met betrekking tot de implantaatbehandeling is door de ziektekostenverzekeraar nooit een toezegging gedaan dat de kosten voor deze behandeling voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.7. 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 de beslissing van de ziektekostenverzekeraar een implantaatbehandeling slechts gedeeltelijk te vergoeden. Verder is in geschil de beslissing geen machtiging af te geven voor een blepharoplastiek. Voorts bestrijdt verzoekster de constatering van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een premieachterstand en is zij van oordeel dat deze het CAK dient te voorzien van de noodzakelijke informatie in het kader van de compensatieregeling eigen risico. Tot slot maakt verzoekster aanspraak op vergoeding van de kosten van de behandelingen parodontologie 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.

Artikel 12 lid 2 onder d van de zorgverzekering 2009 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat.

Artikel 12 lid 3 van de zorgverzekering bevat een aantal uitsluitingen. Voor zover hier van belang, luidt artikel 12 als volgt:

“(…)

d. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, indien minstens drie weken vooraf schriftelijk toestemming bij [naam ziektekostenverzekeraar] is gevraagd, slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
(…)

- verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige aandoening;

(…)

Lid 3

Uitgesloten behandelingen

Geen aanspraak bestaat op:

- behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

(…)”

8.3. Artikel 23 van de zorgverzekering 2008 (2009: artikel 24) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. In verband met de implantaat-behandeling en de behandelingen parodontologie zijn de leden 1, 2, 10 en 11 van belang, die als volgt luiden:

“ Lid 1

Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

a. Indien 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;

(…)

c. indien 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.

(…)

Lid 2

Onder zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

(...)

Lid 10

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op zorg bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met c en het vierde lid onder l is voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd.

De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

(...)

Lid 11

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurgie is voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] vereist, indien de zorg paradontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

(...)"

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering 2008 en 2009 betreft het verplicht eigen risico. Op grond van lid 1 bedraagt het eigen risico € 150,-- (2008) onderscheidenlijk € 155,-- per kalenderjaar. Lid 8 bepaalt:
- "Indien [naam ziektekostenverzekeraar] rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplicht eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. De verzekeringnemer wordt geacht daartoe aan [naam ziektekostenverzekeraar] een machtiging tot automatische incasso af te geven ter hoogte van het bedrag van het verplicht eigen risico."*
- 8.5. De verplichting tot premiebetaling is geregeld in artikel 7 van de zorgverzekering 2008 en 2009. Artikel 7 lid 1 bepaalt dat de verzekeringnemer krachtens de verzekering premie verschuldigd is. Lid 4 regelt onder andere dat de premie bij vooruitbetaling moet worden voldaan.
- 8.6. De zorgverzekering is volgens artikel 2, lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 8.7. 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. Geneeskundige zorg, waaronder behandeling van plastisch-chirurgische aard, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv. Het verplicht eigen risico is opgenomen in artikel 19 Zvw, terwijl de verplichting tot premiebetaling staat in artikel 16 Zvw.
- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. In de aanvullende ziektekostenverzekering 2008 en 2009 is een vergoeding opgenomen voor mondzorg. Dienaangaande is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“[Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de meeste ingrepen die in de mondzorg gebruikelijk zijn. Voor tandheelkunde geldt een maximum vergoeding per kalenderjaar voor alle tandheelkundige behandelingen samen (‘het vastgestelde maximum’).

De volgende behandelingen vergoeden we geheel of gedeeltelijk tot het vastgestelde maximum:

- UPT-codes A, C, H, M, V en X. (...)*
- UPT-codes E (2009: worden voor 80% vergoed tot het vastgestelde maximum),*
- Alle UPT-codes G, P, R, T, en I (...) Voor implantologie en gnatologie moet u van tevoren toestemming krijgen van [naam ziektekostenverzekeraar]. De vergoeding is inclusief techniekkosten. Voor parodontologie hebben de aanvullende verzekeringen AV-Top en AV-TopExtra per kalenderjaar een maximumvergoeding. Dat is € 150,-- voor de AV-Top en € 200,-- voor de AV-TopExtra.*

(...)

Bij implantologie in de betande kaak krijgt u via de AV-Top en AV-TopExtra 80% vergoed. In beide gevallen moet uw tandarts van tevoren toestemming krijgen van [naam ziektekostenverzekeraar] en krijgt u de kosten vergoed tot het vastgestelde maximum.

(...)

Voor de vergoeding van mondzorg gelden de volgende regels:

- Wij vergoeden alleen tandheelkundige kosten als deze niet door de basisverzekering worden vergoed.*

- Wij geven geen vergoedingen voor behandelingen die onnodig duur, onnodig ingewikkeld of tandheelkundig niet noodzakelijk zijn.*

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Met betrekking tot de bovenooglidcorrectie is door verzoekster een beroep gedaan op artikel 12, lid 2, onder d, eerste gedachtestreepje, van de zorgverzekering. In dit verband heeft zij aangegeven dat (i) haar oogleden al vanaf jonge leeftijd afhangen, (ii) dit familiair is bepaald, (iii) zij eerder hieraan is geopereerd, en (iv) zij heeft gekozen voor een blepharoplastiek, hoewel eigenlijk een wenkbrauwlift had moeten worden aangevraagd.

- 9.2. De commissie constateert dat de aanvraag uitsluitend spreekt van dermatochalasis. Er wordt geen melding gemaakt van een onderliggend ziektebeeld, waarbij in dit verband zou kunnen worden gedacht aan het BPES-syndroom of een daarmee vergelijkbare ernstige aandoening. Mogelijk is het afhangen van de oogleden van verzoekster genetisch is bepaald, doch dit maakt nog niet dat daarmee aannemelijk is gemaakt dat bij verzoekster – in de bewoordingen van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden – sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

De omstandigheid dat verzoekster – naar eigen zeggen – vijftientwintig tot dertig jaar geleden dezelfde ingreep heeft ondergaan, doet daaraan niet af. Voor zover destijds vergoeding heeft plaatsgevonden ten laste van de ziektekostenverzekering, ging het om andere verzekeringsvoorwaarden. De zorgverzekering is immers gebaseerd op de Zvw, welke wet met ingang van 1 januari 2006 in werking is getreden.

Dat een wenkbrauwlift geïndiceerd was, behoeft geen verdere bespreking, nu de aanvraag ziet op een bovenooglidcorrectie.

- 9.3. Waar het gaat om de implantaatbehandeling, stelt de commissie in de eerste plaats vast dat niet is gebleken van een aanvraag als bedoeld in artikel 24 lid 10 respectievelijk lid 11 van de zorgverzekering 2009. Met name ontbreekt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan. Daar de ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoekster dit niet tegen te werpen zal de commissie dit aspect verder laten rusten, behoudens de kanttekening dat verzoekster, door de behandeling te laten uitvoeren zonder de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar te hebben verkregen, het risico heeft aanvaard dat de daarmee gemoeide kosten voor haar rekening blijven.
- Vervolgens constateert de commissie dat in het geval van verzoekster een indicatie voor bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel 24 lid 1 van de zorgverzekering 2009 ontbreekt. Blijkens de toelichting op artikel 2.7 Bzv moet in dit verband worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologische patiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. De situatie van verzoekster is van een geheel andere orde; het implantaat dient immers ter vervanging van één enkel element en zonder dat sprake is van een onderliggende ziekte of aandoening. De noodzaak tot vervanging van dit element werd, zoals door verzoekster indertijd is aangevoerd, ingegeven door een verkeerde behandeling door de tandarts.
- Aangezien verzoekster nog beschikt over een betande kaak, is bij haar evenmin sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak, zodat – nog afgezien van het ontbreken van een indicatie – op basis van artikel 24 lid 2 van de zorgverzekering 2009 evenmin vergoeding mogelijk is.
- 9.4. Ten aanzien van de behandelingen parodontologie merkt de commissie allereerst op dat niet is gebleken van een heroverweging als bedoeld in artikel 114, lid 2, Zvw door de ziektekostenverzekeraar. Nu hij echter, in de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 28 augustus 2009, het door hem ingenomen standpunt ter zake heeft verdedigd, meent de commissie dat er geen bezwaren van overwegende aard bestaan indien ook dit aspect in de onderhavige procedure wordt betrokken.
- Door verzoekster is betoogd dat tot 1 juli 2008 de kosten van de behandelingen zijn vergoed op grond van artikel 23, lid 1, onder c van de zorgverzekering 2008, en dat de machtiging per die datum is ingetrokken.
- De commissie stelt vast dat uit een mailbericht van de Parodontologische Kliniek Den Haag blijkt dat de machtiging niet is ingetrokken, maar dat deze met ingang van 1 juli 2008 is verlopen. In de procedure zijn door verzoekster geen stukken ingebracht waaruit blijkt dat zij een medische behandeling ondergaat die zonder de behandelingen parodontologie aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en zij zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke zij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- Vanuit de zorgverzekering behoeft daarom geen (verdere) vergoeding van de behandelingen te worden gedaan.
- 9.5. Voor zover het eigen risico over de jaren 2008 en 2009 aan de orde is – in 2007 was geen sprake van een verplicht eigen risico maar van een no-claimregeling – stelt de commissie in de eerste plaats vast dat tussen partijen niet ter discussie staat dat het eigen risico van toepassing is en dat door verzoekster zorg is genoten ten laste van de zorgverzekering, waarvan de kosten de respectieve eigen risicobedragen overstijgen. Wat hen verdeeld houdt is de vraag of verzoekster eenzijdig mag besluiten tot verrekening – of rehtens in wezen: (gedeeltelijke) opschorting van een eigen betalingsverplichting jegens de ziektekostenverzekeraar – in afwachting van de toekenning van compensatie, zoals zij in eerste instantie heeft gedaan.

Een dergelijke opschortingsbevoegdheid volgt evenwel niet uit de verzekeringsvoorwaarden. Ook de bepalingen van het BW bieden hiervoor geen ruimte. Zoals uit de jurisprudentie ter zake valt op te maken, is het aan degene die meent dat ten onrechte geen compensatie voor het eigen risico is toegekend, dit op te nemen met de bevoegde instantie, te weten het CAK. Neemt het CAK na zelf onderzoek te hebben gedaan een besluit, dan staan daartegen de mogelijkheden van bezwaar en beroep open. De vraag of verzoekster al dan niet in aanmerking zou moeten komen voor compensatie van het eigen risico in de jaren 2008 en 2009 kan in deze procedure daarom niet aan de orde komen en zal dan ook hier onbeantwoord blijven.

- 9.6. Aangaande de premie stelt de commissie vast dat de verschuldigdheid daarvan door verzoekster niet wordt betwist. Door de ziektekostenverzekeraar is voorts niet gesteld dat sprake is van een betalingsachterstand. Integendeel, de door verzoekster aangehaalde verrekening betreft een eenmalige verlaging van de premie met een bedrag van € 15,- vanwege een inhouding in verband met het eigen risico, zoals blijkt uit de brief van 17 januari 2009 en de op de achterzijde daarvan gegeven toelichting. De commissie meent dat verzoekster dienaangaande verder geen belang meer heeft en zal dit punt daarom verder laten rusten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. Met betrekking tot de bovenooglidcorrectie constateert de commissie dat in de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking voor de daarmee gemoeide kosten is opgenomen, zodat deze – althans voor dit onderdeel van het verzoek – verder onbesproken kan blijven.
- 9.8. Waar het gaat om de implantaatbehandeling, de behandelingen parodontologie en enkele behandelingen die kunnen worden gerekend tot de reguliere tandheelkundige zorg, verleend door een tandarts, geldt dat in 2008 de maximale vergoeding voor alle behandelingen samen € 1.100,- per kalenderjaar bedraagt. Blijkens brief van 29 maart 2010 is dit bedrag aan verzoekster vergoed. Voor 2009 bedraagt de maximale vergoeding voor alle behandelingen tezamen eveneens € 1.100,-. Door verzoekster zijn in 2009 negen nota's ingediend tot een totaalbedrag van € 1.450,70. Blijkens de uitkeringsspecificatie van 20 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar, conform de polisvoorwaarden, de maximale vergoeding van € 1.100,- aan verzoekster uitgekeerd, hetgeen door verzoekster overigens niet is betwist. Uit de brief van 23 februari 2010 maakt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar daarnaast abusievelijk 154,20 heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering.

Betekenis toezegging coulancevergoeding

- 9.9. Verzoekster heeft zich in de procedure beroepen op de door de ziektekostenverzekeraar gedane toezegging ter zake van de kosten verbonden aan de behandeling van element 22 door de tandarts-endodontoloog. In haar optiek strekt de toegezegde coulancevergoeding zich ook uit tot eventuele "vervolgbehandelingen", waartoe dan de voorbereidende kaakchirurgische behandelingen en de implantaatbehandeling zouden moeten worden gerekend.
- 9.10. De commissie deelt deze zienswijze niet. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 juli 2008, waarin een en ander is vastgelegd, blijkt duidelijk dat de onverplichte vergoeding uitsluitend betrekking heeft op de door de tandarts-endodontoloog inge-

diende begroting, dat wil zeggen dat deze zich beperkt tot de in die begroting genoemde verrichtingen en bedragen.

Voor zover daar enige twijfel over zou kunnen bestaan – hetgeen naar het oordeel van de commissie niet aan de orde is – wordt deze weggenomen door de op 20 augustus 2008 afgegeven machtiging. Op de achterzijde daarvan zijn de betreffende verrichtingen nog eens expliciet genoemd.

De commissie concludeert dat voor verzoekster geen redelijke grond bestond om aan te nemen dat andere behandelingen al dan niet als “vervolgbehandelingen” ook onder deze toezegging zouden vallen.

- 9.11. Uiteindelijk bleek dat het element niet behouden kon blijven, hetgeen heeft geleid tot een andere behandeling en andere kosten. Deze kosten ad € 154,20 zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed door middel van uitkering en verrekening. Verzoekster meent daarentegen nog recht te hebben op een bedrag van € 15,--
De commissie overweegt dat, aangezien het hier gaat om een onverplichte vergoeding, zij hierin niet kan treden. Wel is de commissie opgevallen dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat het door verzoekster genoemde bedrag is verrekend, en dat de wijze waarop dit is gebeurd aan haar is medegedeeld met brief van 20 oktober 2008. Verzoekster wordt daar dan ook naar verwezen.

Conclusie

- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juni 2010,

Voorzitter