

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, mondzorg, tandheelkundige zorg
Zaaknummer : 2009.01812
Zittingsdatum : 21 april 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 31 maart 2009 de kosten van een tandheelkundige behandeling in Spanje (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Totaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 31 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij e-mail van 25 november 2009 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).
- 3.6. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 5 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 2 maart en 8 april 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 16 februari 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 17 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010026016) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de uitgevoerde behandeling niet valt onder de verzekerde prestaties zoals vermeld in artikel 19 van de polisvoorwaarden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 31 maart 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 april 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 23 april 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 april 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in 2008 een ongeluk in Spanje heeft gehad, waarna hij een medische behandeling heeft ondergaan om zijn kaak weer in de goede vorm te krijgen, die, aangezien de behandeling het gevolg is van een ongeluk, moet worden aangemerkt als spoedzorg.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft hem nooit medegedeeld dat wanneer hij in het buitenland woont, hij geen aanspraak kan maken op vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij reeds in 2001 is uitgeschreven in Nederland en sindsdien in Spanje staat ingeschreven. Bij het indienen van de nota's is ook steeds de woonsituatie in Spanje.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat van verzoeker in 2008 slechts Nederlandse adresgegevens bekend zijn.

- 5.2. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat de behandeling die is uitgevoerd in Spanje niet valt onder de dekking van artikel 19 van de zorgverzekering. Evenmin komt de behandeling voor vergoeding in aanmerking ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aangezien de behandeling niet spoedeisend is geweest.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat zij op 1 maart 2009 hebben geconstateerd dat verzoeker per 14 april 2002 was uitgeschreven uit de Gemeentelijke Basisadministratie. Voor 1 maart 2009 was het niet bekend dat verzoeker in Spanje woonachtig is.
- 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van tandheelkundige zorg in Spanje te vergoeden, 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde deels is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners, en deels gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Blijkens artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering kan in het geval van mondzorg gebruik worden gemaakt van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 6 tot en met 29 van de zorgverzekering. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 19 Mondzorg

19.1 Algemene bepalingen

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist. (...)

19.2 Mondzorg in bijzondere gevallen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg in de volgende gevallen:

- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tand-*

heelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
(...)"

In artikel 1 van de zorgverzekering is omtrent het begrip 'medisch noodzakelijk zorg in het buitenland' bepaald dat het daarbij gaat om:

"Medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland."

Zorg in het buitenland is geregeld in artikel 23 van de zorgverzekering, welk artikel, voor zover hier van belang, als volgt luidt:

"Artikel 23 Buitenland

23.1 Woonachtig in Nederland en tijdelijk verblijvend in een ander EU/EER-land of verdragsland.

Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

De verzekerde heeft recht op:

(...)

- vergoeding van kosten van zorg als (...) tandheelkundige zorg (artikel 19) (...) tot 100% van het Nederlandse marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening;

(...)

- vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening."

- 8.3 De artikelen 1, 19 en 23 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4 Artikel 11, lid 1 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 (vergoeding van de kosten van) 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 Artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de zorg in het buitenland en bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"3.2 Algemene voorwaarden voor vergoeding van de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

AV-Basis, AV-SURE, AV-Standaard, AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus en AV-Totaal:

De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of tandheelkundige hulp en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland worden slechts vergoed indien:

(...)

- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is;

(...)"

9 Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.3 Door verzoeker is een aanvraag gedaan voor vergoeding van een tandheelkundige behandeling in Spanje. Deze aanvraag dateert uit 2008.
- 9.4 Op grond van artikel 23 kan verzoeker aanspraak maken op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100 percent van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief.
- 9.5 De ondergane behandeling, bestaande uit onderzoek en inslijpen om centrale occlusie te herstellen, kan echter niet worden gerekend tot de bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel 19 van de zorgverzekering. Voor de onderhavige reguliere tandheelkundige behandeling kent deze verzekering geen dekking. Of uitstel mogelijk was tot terugkomst in Nederland is onder de gegeven omstandigheden verder niet van belang.
- 9.6 Indien verzoeker de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan was deze evenmin voor vergoeding in aanmerking gekomen aangezien geen indicatie bestond voor bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel 19 van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7 Op grond van artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering kan aanspraak worden gemaakt op vergoeding van medisch noodzakelijke kosten indien uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland medisch niet verantwoord is. Door verzoeker is weliswaar gesteld, doch niet aannemelijk gemaakt, bijvoorbeeld door een daartoe strekkende medische verklaring, dat met de door hem ondergane behandeling niet kon worden gewacht tot hij weer in Nederland was.
- 9.8 Op grond van vorenstaande komt de commissie tot de conclusie dat de uitgevoerde behandeling niet ten laste van de aanvullende verzekering kan worden vergoed.

Informatieplicht

- 9.9 Door verzoeker is tevens gesteld dat aan hem nooit is medegedeeld dat wanneer hij in het buitenland woont, hij geen aanspraak kan maken op vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Op grond van artikel 4.1 van rubriek C van de aanvullende ziektekostenverzekering dient verzoeker de ziektekostenverzekeraar te informeren over een eventuele adreswijziging. Verzoeker heeft aan die verplichting niet voldaan. Aangezien alle correspondentie van verzoeker uit Nederland kwam, bestond voor de ziektekostenverzekeraar geen enkele indicatie dat verzoeker niet langer in Nederland woonachtig was, zodat reeds om die reden de stelling van verzoeker moet worden verworpen.
- 9.10 Door de ziektekostenverzekeraar zijn eind 2007 aan verzoeker de verzekeringsvoorwaarden verzonden, waarvan gesteld noch gebleken is dat deze door verzoeker niet zijn ontvangen. In de desbetreffende voorwaarden wordt ruimschoots aandacht besteed aan vergoedingen voor zorg in het buitenland. Hieruit had verzoeker kunnen opmaken dat en welke bepalingen met betrekking tot zorg in het buitenland in zijn si-

tuatie van toepassing zijn. Zo verzoeker meende dat het een en ander niet geheel duidelijk was, was het aan hem daarover contact op te nemen met de ziektekosten-verzekeraar.

Conclusie

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

10 Het bindend advies

10.3 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 mei 2010,

Voorzitter