



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige B, beiden te C, vertegenwoordigd door mevrouw D te C, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Italië, mondzorg, narcose, spoedeisend, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201402574

Zittingsdatum : 19 augustus 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, artt. 19 en 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige B, hierna te noemen: verzekerde, beiden te C, vertegenwoordigd door mevrouw D te C,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering OHRA Tandengaan 500 is niet in geschil, aangezien deze enkel dekking biedt voor verzekerden vanaf 18 jaar, en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandelingen ten behoeve van verzekerde, uitgevoerd te Milaan (Italië), ten bedrage van totaal € 5.319,-- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de vergoeding € 1.311,10 bedraagt.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een aanvullende vergoeding van € 417,77 te verlenen.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 3 maart 2015 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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 26 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 juni 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juli 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 juni 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 juli 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015068137) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp bestaat en geen sprake is van spoedeisende zorg. Bij verzekerde is onder volledige narcose een rehabilitatie van het melkgebit uitgevoerd in het buitenland. Hierbij zijn alle acht melkkiezen behandeld. Een dergelijke rehabilitatie kan nimmer beschouwd worden als spoedeisende hulp. Het dossier bevat, anders dan de berichten van de tandarts en anesthesist, geen medisch-tandheelkundige informatie. Onduidelijk is wat de indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp zou zijn. Een dergelijke indicatie is noodzakelijk voor de aanspraak op een tandheelkundige behandeling onder narcose. Tandheelkundige behandelingen onder narcose komen alleen in beeld bij extreme angst voor tandheelkundige hulp. Het is dan het laatste redmiddel om tandheelkundige hulp te kunnen geven. Angstbehandeling is er volgens professionele normen op gericht de angst te bestrijden, zodat de patiënt weer normale behandelingen door de huistandarts kan ondergaan. Volledige narcose is geen angstbehandeling; de angst voor de tandheelkundige hulp wordt er immers niet door bestreden. Eigenlijk is er alleen een absolute indicatie bij diep oligofrenen. De ziektekostenverzekeraar is coulant geweest door verzekerde ten aanzien van de narcose het voordeel van de twijfel te geven. Voorts betreft het geschil de hoogte van de vergoeding. Gelet op artikel 114 lid 3 Zvw heeft het Zorginstituut daarin geen adviesbevoegdheid.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 28 juli 2015 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 augustus 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 augustus 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 26 augustus 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzekerde heeft een stoornis in het autismespectrum en daarbij een ernstige achterstand in de taalontwikkeling. Hiervoor krijgt hij logopedie. Vanaf zijn tweede levensjaar bezoekt verzekerde regelmatig de tandarts. De tandarts heeft verzuimd om cariës te behandelen en gaatjes te vullen, met als gevolg dat in december 2013 een tand moest worden getrokken. Verzekerde is hierdoor erg bang geworden voor de tandarts; het was daarna onmogelijk om hem op de gebruikelijke manier te behandelen.

- 4.2. Om de mondmotoriek, en daarmee de taalvaardigheden, van verzekerde zoveel mogelijk te kunnen ontwikkelen was een uitgebreide tandheelkundige behandeling noodzakelijk. Verschillende tandartsen in Nederland stelden voor drie tanden te trekken en een metalen kroon te plaatsen. De logopediste heeft verklaard zich niet in dit behandelplan te kunnen vinden.
- 4.3. De behandelend logopedist heeft over verzekerde het volgende verklaard: “(...) *Mijn cliënt, [naam verzekerde], geboren (...), zou een operatie moeten ondergaan waarbij meerdere elementen zouden moeten worden verwijderd. Een dergelijke operatie heeft mijns inziens negatieve gevolgen voor de verstaanbaarheid van het kind. Zeker gezien het feit dat er bij [verzekerde] al sprake is van ernstige spraak-taalmoeilijkheden vind ik het belangrijk een zo compleet mogelijk gebit te behouden*”.
- 4.4. Verzekerde kreeg tijdens een vakantie in Italië veel last van kiespijn. De tandarts aldaar constateerde dat naast de behandeling van de zere kies, behandeling van de andere elementen nodig was omdat het risico bestond van infectie. In het belang van verzekerde is daarom - in samenspraak met de Italiaanse tandarts - ervoor gekozen direct de betreffende tandheelkundige behandelingen uit te voeren. Deze hebben plaatsgevonden op 30 april 2014. Verzoekster stelt dat het noodzakelijk was de uitgebreidere - en duurder - tandheelkundige behandelingen te laten uitvoeren in Italië, omdat sprake was van spoed. Voorafgaande toestemming vragen was niet mogelijk.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar vergoedt uitsluitend het marktconforme tarief; het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is en in verhouding staat tot de prijs van soortgelijke zorg door soortgelijke zorgaanbieders. Dit komt neer op een vergoeding ten bedrage van slechts € 1.728,87 (op het totaalbedrag van € 5.319,-). Verzoekster kan zich hierin niet vinden. Verzekerde kon niet volgens de, in Nederland, gebruikelijke zorg behandeld worden. Het is derhalve niet redelijk dat de ziektekostenverzekeraar het Nederlandse marktconforme tarief hanteert. Bovendien was de kans op infectie groot geweest als was gewacht met de tandheelkundige behandelingen tot na terugkeer naar Nederland. De behandelingen hadden dan snel moeten plaatsvinden. Verzekerde was echter al onder volledige narcose geweest in Italië. Het zou voor hem niet goed zijn geweest binnen een dermate korte tijd opnieuw onder volledige narcose te moeten. Verzoekster benadrukt dat verzekerde in verband met zijn beperking, zonder volledige narcose niet behandeld kan worden. De tandheelkundige behandelingen dienen volledig te worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het een bijzondere situatie betreft, en dat de onderhavige zorg spoedeisend was; deze kon niet worden uitgesteld tot na terugkeer naar Nederland. Eerst is gekeken of verzekerde op de gewone manier kon worden behandeld. Teneinde te voorkomen dat verzekerde nogmaals onder narcose moest worden gebracht, is besloten de rest van het gebit ook te behandelen. De behandeling heeft plaatsgevonden op 30 april en duurde ruim vijf uur. Op 6 mei heeft een bespreking plaatsgevonden. Er was geen sprake van een angstbehandeling zoals bedoeld in het advies van het Zorginstituut. Voorts heeft verzoekster verklaard dat als verzekerde niet onder narcose wordt gebracht, een tandheelkundige behandeling niet mogelijk is, aangezien hij angst heeft voor naalden. Thans is verzekerde onder behandeling bij het ACTA teneinde over de angst voor naalden heen te komen. Te zijner tijd kan hij door de huistandarts worden behandeld. Indertijd was hiervan nog geen sprake en was het moeilijk de mond van verzekerde zelfs maar open te krijgen. Tot slot stelt verzoekster dat na de tandheelkundige behandelingen het gebit van verzekerde weer in orde is.
- 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. Op grond van de artikelen B.12. en B.13. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg.

Ingevolge artikel B.12.1. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkundige hulp (i) als sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworpen afwijking van het tand-kaak-mondstel, of (ii) de verzekerde een medische behandeling krijgt die zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft (over het algemeen betreft dit het ontstekingsvrij maken van de mond).

Voor de vergoeding worden verschillende tarieven gehanteerd. De hoogte van het tarief hangt af van tot welke zorgaanbieder iemand zich wendt. Een en ander is omschreven in artikel A.20. van de zorgverzekering.

Verzekerde heeft een restitutieverzekering. Dit betekent dat wanneer hij zich tot een zorgaanbieder wendt met wie de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst voor die zorg heeft gesloten, 100 percent van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (punttarief) wordt vergoed. Is er geen punttarief, dan vergoedt de ziektekostenverzekeraar 100 percent van het marktconforme tarief. Het marktconforme tarief is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is en in verhouding staat tot de prijs van soortgelijke zorg door soortgelijke zorgaanbieders.

5.2. Voor de tandheelkundige behandelingen die in Italië zijn uitgevoerd, ontving de ziektekostenverzekeraar op 19 mei 2014 de nota's. Deze nota's betreffen behandelingen die zijn uitgevoerd tussen 30 april en 6 mei 2014, en bedragen totaal € 5.319,--. Voor deze tandheelkundige behandelingen is vooraf geen aanvraag ingediend. Op 20 juni 2014 is aanvullende informatie opgevraagd om de nota's te kunnen beoordelen. Naar aanleiding van de ontvangen informatie, heeft de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de tandheelkundige behandelingen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering (artikel B.13) in aanmerking komen. Er is een vergoeding van € 1.311,10 op basis van het marktconforme tarief verleend. Na het verzoek om heroverweging heeft de adviserend tandarts het dossier opnieuw bekeken. Dit heeft geleid tot vaststelling van de volgende codes:

- 1 x A20, narcose lang, € 943,28;
- 8 x V13, drievlaksvulling, € 381,04;
- 8 x V21, etsen in combi met etsbare onderlaag t.b.v. composietvulling, € 179,28;
- 3 x E66, wortelkanaalbehandeling van een melkelement, € 134,49;
- 4 x X10, geleidings en/of infiltratie verdoving, € 28,02;
- 2 x A10, kleine röntgenfoto, € 62,76.

De totale vergoeding ten laste van de zorgverzekering komt hiermee op € 1.728,87, zodat een nabetaling van € 417,77 (€ 1.728,87 - € 1.311,10) heeft plaatsgevonden.

Omdat niet vastgesteld/niet volledig helder was dat de tandheelkundige behandelingen op reguliere wijze niet mogelijk waren heeft verzekerde, gezien (i) de ernst en omvang van de behandeling en (ii) de aangegeven autisme problematiek, het voordeel van de twijfel gekregen en is een vergoeding in het kader van bijzondere tandheekunde verleend voor de narcose.

5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoekster reeds wist van meerdere Nederlandse zorgverleners/tandartsen dat een uitgebreide behandeling voor verzekerde aan de orde was. Deze heeft zij niet in Nederland laten uitvoeren, maar in plaats hiervan heeft zij voor (volledige) behandeling in Italië gekozen. Er is dan ook 100 percent vergoed van wat er vergoed zou zijn als de behandeling in Nederland had plaatsgevonden.

5.4. Volgens de artikelen 19 en 25 van Vo. nr. 987/2009 moet het gaan om verstrekkingen die medisch noodzakelijk blijken om te voorkomen dat de verzekerde voor het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hiervan in onderhavig geval geen sprake is. De ondergane (uitgebreide) behandelingen waren niet medisch noodzakelijk om te voorkomen dat men naar Nederland moest terugreizen. Er is sprake van geplande zorg.

5.5. Verzoekster is uiteraard vrij in de keuze voor een zorgaanbieder. Dit kan echter wel invloed hebben op de hoogte van de vergoeding. Aanspraak bestaat op vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden. Op basis van de zorgverzekering vergoedt de ziektekostenverzekeraar maximaal het Nederlandse marktconforme tarief voor de zorg. Een volledige vergoeding is in onderhavig geval niet aan de orde. Het is vervelend voor verzoekster dat zij een deel van de kosten van de tandheelkundige behandelingen zelf moet betalen. Dit is echter een mogelijk gevolg als wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzekerde het voordeel van de twijfel is gegund en dat daarom de narcose is vergoed op basis van het Nederlandse tarief. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de kwestie dus enkel over de hoogte van de vergoeding gaat. Er is geen sprake van spoed, aangezien de behandeling kon worden uitgesteld tot na terugkeer naar Nederland. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat op 28 april is gesproken over de narcose, en de behandeling pas twee dagen later plaatsvond.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 is gehouden 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering.

8.3. De artikelen B.12. en B.13. van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luiden, voor zover hier van belang:

“(…)

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg in bijzondere gevallen is noodzakelijk omdat:

- *u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel hebt; en*
- *u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en*
- *u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.*

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

(...)

B.13. Mondzorg tot 18 jaar

(...)

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. uit:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. verwijderen van tandsteen;
- d. aanbrengen van fluoride maximaal 2 keer per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (dus niet het melkgebit);
- e. aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealingfissuurlak);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (lokale anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. restaureren (vullen) van tanden of kiezen met plastische materialen;
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);
- k. uitneembare gebitsprothesen;
- l. vervangen van tanden met niet-plastische materialen en het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd, of die u mist als direct gevolg van een recent ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg omvat niet:

o kronen, bruggen en implantaten, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.) of als front-, snij- of hoektanden ontbreken als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet zijn aangelegd;

(...)

Voorwaarden

Algemeen

U bent jonger dan 18 jaar.

Zorgaanbieder

Een tandarts, kaakchirurg of bevoegde zorgaanbieder verbonden aan een centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.), een Instelling voor jeugd tandverzorging of een instelling voor medisch specialistische zorg verleent de zorg.

Zorg van artikel B.13.a t/m f en i (voor zover daartoe bevoegd) kan ook door een mondhygiënist worden verleend.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als het gaat om:

o het vervangen en/of restaureren van tanden en/of kiezen met niet-plastische materialen;

(...)

- Bij de zorgaanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelplan.

Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken als:

o de mondzorg niet meer noodzakelijk is,

o u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of

o u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

• U moet ook een akkoordverklaring van ons hebben voor de volgende zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:

*o behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
o trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of lachgassedatie;*

(...)

Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

• Ook is onze akkoordverklaring nodig als u mondzorg krijgt in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20."

8.4. Artikel A.20. van de zorgverzekering betreft de tarieven en luidt, voor zover hier van belang:

"A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw nota volledig voor onze rekening nemen. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Het tarief dat we in een zorg- en/of internetovereenkomst met de zorgaanbieder hebben vastgelegd.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven waarbij geen marge (speelruimte) is aangegeven. Het tarief dat een zorgaanbieder hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Ze zijn dus nooit hoger dan de maximale aanspraken vanuit uw verzekering.

3. Marktconform tarief

Dit is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is en in verhouding staat tot de prijs van soortgelijke zorg door soortgelijke zorgaanbieders. We bedoelen een bedrag dat gelijk is aan het tarief dat wij voor die zorg hebben vastgelegd in zorg- en/of internetovereenkomsten met zorgaanbieders. Hebben wij meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan houden we het gemiddelde van die tarieven aan. Hebben wij voor die zorg geen tarieven afgesproken? Dan baseren we ons op prijzen die naar de Nederlandse marktomstandigheden en/of maatstaven gebruikelijk zijn. Op onze internetsite vindt u de "Tarievenlijst" voor diverse zorgvormen.

4. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de nota staat.

A.20.2. Hoogte van de tarieven

(...)

c. Volledig tarief (100%) van het vaste of marktconforme tarief

o Zorgverzekering Restitutie en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die vergoeding op restitutiebasis bevatten en geen zorg in natura:

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan vergoeden wij voor de Zorgverzekering Restitutie en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die vergoeding op restitutiebasis bevatten het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij het volledige (100%) marktconforme tarief. Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het marktconforme tarief, dan vergoeden we ditlagere in rekening gebrachte bedrag.

(...)"

8.5. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

**"B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland
Zorg: waar hebt u recht op?"**

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
 - *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.*
- (...)*

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of Australië? Dan kunt u de EHIC (European Health Insurance Card, een Europese zorgpas) aanvragen. Met deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Zorgaanbieders in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat u op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een eigen bijdrage moet betalen. Deze kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

- *Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.*
- *In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.*
- *Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgaanbieders. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). (...)"*

- 8.6. De artikelen A.20., B.2., B.12. en B.13. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 2.31 Rzv.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel D.14.1. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Dat is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.

Wij vergoeden:

a. zorg die onder uw zorgverzekering of aanvullende verzekering ook zou zijn vergoed als u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt maar waarvan de kosten door hogere buitenlandse tarieven voor een deel voor uw rekening blijven. (Wij vergoeden namelijk kosten volgens Nederlandse tarieven. Zie daarvoor artikel A.20.) De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven hoger zijn dan de Nederlandse, dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering deze meerkosten tot maximaal het tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat;

b. een tandheelkundige behandeling door eentandarts;

(...)

Voorwaarden

Algemeen

- U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;

- De zorg is spoedeisend. Dat is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.

(...)

- Het bedrag dat u voor buitenlandse zorg declareert, mag niet hoger zijn dan gebruikelijk is in het land waar u tijdelijk verblijft;

- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;

(...)

Zorgaanbieder

Een zorgaanbieder die gevestigd is in het buitenland waar u tijdelijk verblijft, verleent de zorg. Deze zorgaanbieder voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet zorgadvies en een akkoordverklaring aanvragen bij ons of bij de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20."

8.10. Ingevolge het vergoedingenoverzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering bedraagt de vergoeding voor spoedeisende zorg in het buitenland 100% van het gedeclareerde tarief.

8.11. De artikelen 19 en 20 van Vo. nr. 883/2004 luiden, voor zover hier van belang:

"Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

(...)

Artikel 20

1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan

toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Allereerst dient de vraag te worden beantwoord of de onderhavige tandheelkundige behandelingen spoedeisend waren. Verzoekster heeft gesteld dat verzekerde tijdens het verblijf in Italië kiespijn kreeg, en dat in samenspraak met de tandarts aldaar, is besloten over te gaan tot behandeling. Hierbij is niet alleen de zere kies behandeld, maar zijn ook andere tandheelkundige behandelingen uitgevoerd in verband met een infectierisico. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen gesteld dat de onderhavige tandheelkundige behandelingen niet medisch noodzakelijk waren; er was sprake van geplande zorg.
- 9.2. Uit de overgelegde stukken blijkt dat anesthesiologisch onderzoek is uitgevoerd op 28 april 2014, terwijl de tandheelkundige behandeling heeft plaatsgevonden op 30 april 2014. Derhalve kan niet worden gesproken van spoedeisende hulp. Daarnaast blijkt uit de overgelegde stukken niet dat de - uitgebreidere - tandheelkundige behandelingen medisch noodzakelijk waren, en dat deze niet konden worden uitgesteld tot na terugkeer naar Nederland. Zodoende kan niet worden gesproken van spoedeisende zorg. Bovendien is door verzoekster geen contact opgenomen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar en is door haar geen EHIC getoond, zodat ook hieruit niet kan worden afgeleid dat sprake was van spoedeisende zorg. Het voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 15 juli 2015. Hieruit volgt dat artikel 19 van Vo. nr. 883/2004 buiten toepassing blijft. Er is sprake van geplande zorg in Italië, een andere EU-lidstaat, op welke situatie artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 ziet.
- 9.3. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de tandheelkundige behandelingen de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. De zorgverzekering biedt aanspraak op mondzorg indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde, te weten een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. In de nota van toelichting bij artikel 2.7 lid 1 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel B.12.1. van de zorgverzekering, wordt toegelicht dat de bepaling betrekking heeft op bijvoorbeeld oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Voorts biedt de zorgverzekering aanspraak op mondzorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar. Hieronder vallen onder meer de verrichtingen anesthesie, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en chirurgische tandheelkundige hulp. Het voorgaande volgt uit artikel 2.7 lid 4 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel B.13. van de zorgverzekering.
- 9.5. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 15 juli 2015 geconcludeerd dat verzekerde geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp had. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Derhalve staat vast dat geen aanspraak bestaat op bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel B.12.1. van de zorgverzekering. In de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de kosten van de narcose te vergoeden op basis van voornoemd artikel zal de commissie niet treden.

- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft, naast de narcose, de onderhavige tandheelkundige behandelingen gedeeltelijk vergoed. Naar de commissie begrijpt is deze vergoeding gebaseerd op artikel B.13. van de zorgverzekering. Derhalve staat vast dat de betreffende tandheelkundige behandelingen een verzekerde prestatie vormen en dat verzekerde hiervoor een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de hoogte van de vergoeding.
- 9.7. Ingevolge artikel A.20. van de zorgverzekering verleent de ziektekostenverzekeraar een vergoeding op basis van (1) het afgesproken tarief, (2) het vast, wettelijk (punt)tarief, (3) het marktconforme tarief, of (4) het gedeclareerde tarief. Verzekerde heeft tandheelkundige behandelingen ondergaan bij een tandarts in Italië, een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Op basis van artikel A.20.2. sub c van de zorgverzekering wordt in een dergelijk geval het vast, wettelijk (punt)tarief vergoed, en, indien dit er niet is, het marktconforme tarief. De totale vergoeding voor de tandheelkundige behandelingen is door de ziektekostenverzekeraar vastgesteld op € 1.728,87, zijnde het Nederlandse marktconforme tarief. Hierbij is uitgegaan van een zestal tandheelkundige codes. Verzoekster heeft de toepassing van deze codes niet bestreden, doch enkel gesteld dat het onredelijk is het Nederlandse marktconforme tarief in dit geval toe te passen. Gelet op het feit dat verzoekster zelf de keus heeft gemaakt verzekerde de uitgebreide tandheelkundige behandelingen in Italië te laten ondergaan, treft deze stelling geen doel.
- 9.8. Derhalve bestaat geen aanspraak op een volledige dan wel een hogere vergoeding voor de onderhavige tandheelkundige behandelingen ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland. Aangezien onder 9.2 is vastgesteld dat in het onderhavige geval geen sprake was van spoedeisende zorg, kan het verzoek niet op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering worden ingewilligd.

Conclusie

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

Zeist, 9 september 2015,

A.I.M. van Mierlo