

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D.
Zaak : Mondzorg, gebitssanering onder volledige narcose, met implantaten,
kronen en bruggen alsmede parodontologische zorg, in Duitsland
Zaaknummer : 2008.01479
Zittingsdatum : 3 december 2008

Zaak: 2008.01479. mondzorg, gebitssanering onder volledige narcose, met implantaten, kronen en bruggen, in Duitsland

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.7 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D naam zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 12 november 2007 de door hem gebitssanering onder narcose in Duitsland niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Keuze Garant Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).

3.2. De behandelend Duitse tandarts van verzoeker heeft vastgesteld dat het gebit van verzoeker in deplorabele staat verkeerde ten gevolge van een slechte en verkeerde behandeling door een andere tandarts. Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan “een volledige gebitssanering onder narcose met behulp van implantaten, kronen en bruggen alsmede parodontologische zorg, voor zover deze kosten op grond van de zorgverzekering in aanmerking komen” ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 december 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 17 juni 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Deze poging heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.5. Bij brief van 30 september 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehou-

den is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 17 oktober 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 oktober 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 oktober 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 28 oktober 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 18 november 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat het hier om curatieve tandheelkundige hulp aan volwassenen gaat, hetgeen geen deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties krachtens de Zorgverzekeringswet. Een afschrift van het CVZ-advies is op 25 november 2008 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 3 december 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 3 december 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting 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 5 december 2008 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 om medisch noodzakelijke redenen een tandheelkundige behandeling onder narcose heeft ondergaan, bestaande uit het chirurgisch verwijderen van elementen, het plaatsen van implantaten, kronen en bruggen en parodontologische zorg.
Vanwege een in het verleden opgelopen bacteriële besmetting ten gevolge van een onkundige behandeling door een tandarts in België, was de algehele toestand van de kaak en het gebit van verzoekers zo slecht dat alleen volledige sanering de problemen zou kunnen oplossen.
De totale kosten van de behandeling bedroegen ongeveer € 47.000. Verzoeker verzoekt slechts vergoeding van een bedrag gelijk aan de kosten ook zouden zijn vergoed indien de behandeling in Nederland zou hebben plaatsgevonden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij kaakchirurgische zorg heeft ontvangen. Omdat op grond van de zorgverzekering kosten als ziekenhuisopname, anesthesie en kaakchirurgische zorg worden vergoed, stelt verzoeker dat dit kostendeel van zijn behandeling eveneens vergoed dient te worden.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker op grond van de basisverzekering geen aanspraak kan maken op vergoeding van de door hem gewenste tandheelkundige zorg, omdat hij geen verzekeringsindicatie heeft.

5.2. De medische noodzaak is op grond van het dossier niet aannemelijk gemaakt, met name is niet gebleken van de door verzoeker gestelde levensbedreigende situatie.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker in één en dezelfde kliniek is behandeld, en dat deze kliniek geen algemeen ziekenhuis is.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Aangezien de datum van de aanvraag bepalend is voor de toepasselijke voorwaarden van de zorgverzekering, en deze aanvraag in 2007 heeft plaatsgevonden, is de commissie niet bevoegd kennis te nemen en een bindend advies uit te brengen met betrekking tot de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een restitutie-polis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 4 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat.

"Lid 1. Mondzorg omvat vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten plegen te bieden, waarbij geldt dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan voor, zover daarvoor dekking bestaat, worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, of mondhygiënist:

1. 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 had voorgedaan;

2. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of 3. 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. Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het

vaste gedeelte van de suprastructuur is slechts onder de zorg in het eerste lid onder 1. begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

(...)

Lid 5. Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen 1 tot en met 3 voor:

- 1. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;*
- 2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.*

(...)

Lid 11. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandartsspecialist mondziekten en kaakchirurg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, indien de zorg parodontale hulp, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.”

Artikel 20 bepaalt in lid 2 ten aanzien van het buitenland, het navolgende:

”De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland heeft naar keuze:

- 1. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheids-verordening of het betreffende verdrag;*
- 2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:*
 - tot maximaal het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;*
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.”*

- 7.2. De regeling in de artikelen 16 en 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.7 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.5. In geschil is of verzoeker, bij wijze van substitutie, in aanmerking komt voor een vergoeding conform de voorwaarden van de zorgverzekering van de tandheelkundige zorg die hij in Duitsland heeft ondergaan.
- 7.6. De commissie begrijpt uit de aanvraag van verzoeker dat hij de kosten van de implantaatbehandeling en de kronen en bruggen vergoed wenst te krijgen conform de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. Opgemerkt zij dat substitutie uitsluitend kan plaatsvinden als de behandeling waar substitutie voor wordt gevraagd, als een aanspraak op grond van de zorgverzekering kan worden aangemerkt.
- 7.8. Ten aanzien van het aanbrengen van de implantaten, oordeelt de commissie als volgt. Teneinde voor vergoeding van een implantaatbehandeling in aanmerking te komen, geldt, blijkens de toepasselijke bepaling in de zorgverzekering, de eis dat sprake dient te zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, alsmede de voorwaarde van een ernstig geslonken tandenloze kaak. In de situatie van verzoeker blijkt uit het behandelplan dat niet is voldaan aan de eerste indicatie-eis zodat reeds om die reden geen aanspraak op vergoeding van de implantaten bestaat. Schade aan het gebit die is veroorzaakt door een slechte en/of verkeerde behandeling door een zorgverlener, kan niet worden aangemerkt als een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld in artikel 16 lid 1 sub 1 van de zorgverzekering. Daarbij is de kaak van verzoeker niet edentaat (tandenloos) en dienen de implantaten niet als steun voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, zoals artikel 16 lid 2 van de zorgverzekering eist.
- 7.9. Voor zover het verzoek ziet op het verstrekken van een vaste suprastructuur, in casu kronen en brugconstructies, oordeelt de commissie als volgt. Blijkens de toelichting op artikel 2.7 Bzv (Stb 2005, 389) wordt voor de omvang van de onderhavige zorg verwezen naar de regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering. Vorengenoemde toelichting stelt dat de inhoud en omvang van de zorg zijn gelijk aan de inhoud en omvang zoals die geregeld waren met de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering. Uit de toelichting op artikel 8 van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering (VMP/VA-943084), welke gelijk is aan artikel 2.7 Bzv en artikel 16 lid 1 van de zorgverzekering, blijkt dat sub 2 en 3 zien op verzekerden voor wie tandheelkundige zorg een noodzakelijke voorwaarde is om de medische behandeling te laten slagen dan wel op verzekerden die ten gevolge van een medische behandeling tot de tandheelkundige risicopatiënten behoren, de zogenaamde medisch gecompromitteerde patiënten. Voor deze verzekerden zijn de kosten voor herstel van de tandheelkundige functie voor rekening van de zorgverzekeraar.
- 7.10. Hoewel de commissie begrip heeft voor de situatie van verzoeker kan zij op grond van de polisvoorwaarden tot geen andere conclusie komen dan dat verzoeker niet behoort tot de bovengenoemde verzekerden. Van substitutie kan derhalve geen sprake zijn.
- 7.11. De ziekenhuiskosten en honoraria van een kaakchirurg en anesthesist, zijn onlosmakelijk met de behandeling verbonden, zodat deze kosten niet voor vergoeding in

aanmerking komen. Dit leidt ertoe leidt dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 december 2008,

voorzitter