

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C en E te D
Zaak	: Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer
Zaaknummer	: 2008.02671
Zittingsdatum	: 17 juni 2009

Zaak: 2008.02671 (Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer)

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, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2, 2.7 en 2.14 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door F,
tegen

1) C. te D, en

2) E te D, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 19 augustus 2008 het zittend ziekenvervoer naar de CDC Kliniek te Best niet te vergoeden, en de beslissing van 27 augustus 2008 geen machtiging te verlenen voor het plaatsen in genoemde kliniek van twee implantaten in de onderkaak.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Tandarts PZP afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Verzoekster heeft, vanwege een geslonken kaak, en het feit dat haar gebitsprothese niet bleef vastzitten, aanspraak gemaakt op het plaatsen van twee implantaten in de onderkaak, ter bevestiging van een uitneembare overkappingprothese, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts heeft zij aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van eigen vervoer naar de CDC Kliniek te Best, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak op vergoeding van de kosten van eigen vervoer is afgewezen. Bij brief van 27 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat weliswaar een verzekeringsindicatie bestaat voor het plaatsen van de twee implantaten, maar dat de begroting van de CDC Kliniek te hoog is, waardoor de zorg onnodig duur is. De aanvraag is daarom in zijn geheel afgewezen.

- 3.3. In 2008 heeft de uit acht afspraken bestaande behandeling bij de CDC Kliniek te Best overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 20 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 26 februari 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 23 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 april 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 mei 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 27 april 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 mei 2009 heeft het CVZ 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 redelijkerwijs niet is aangewezen op deze implantaatbehandeling, omdat de kosten hiervan onnodig hoog zijn. Voorts heeft verzoekster geen indicatie voor zittend ziekenvervoer. Een afschrift van het CVZ-advies is op 28 mei 2009 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 17 juni 2009 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 23 juni 2009 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. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij een erg slecht gebit had. Haar tandarts gaf aan dat een aantal kronen diende te worden geplaatst. Verzoekster is voor een intakegesprek naar de CDC Kliniek te Best gegaan, waar haar is medegedeeld dat het plaatsen van kronen geen zin had. Volgens de kliniek was het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak, waarop een overkappingprothese kan worden aangebracht, de juiste behandelmethode. Zij heeft aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd een machtiging af te geven voor het aanbrengen van de implantaten in de onderkaak. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat weliswaar een verzekeringsindicatie bestaat voor het aanbrengen van de implantaten, maar dat de behandeling in de CDC Kliniek onnodig duur is. De kosten waren in eerste instantie geraamd op € 5.000,--. Verzoekster heeft aan de CDC Kliniek gevraagd een nieuwe begroting te maken. De kliniek heeft besloten de rekening te splitsen, waarbij € 1.500,-- voor rekening van verzoekster komt, en een aparte rekening van € 3.500,-- bij de ziektekostenverzekeraar werd ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de handelwijze van de CDC Kliniek niet wenselijk is, en dat daarom niets wordt vergoed. Verzoekster is van mening dat in ieder geval een gedeelte van de kosten dient te worden vergoed.
- 4.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verder verzocht de kosten van het zittend ziekenvervoer naar de CDC Kliniek te Best te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen op de grond dat nog geen machtiging was afgegeven voor de tandheelkundige behandeling. Verzoekster is van mening dat de tandheelkundige behandeling in ieder geval gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komt, en dat hieruit volgt dat ook de kosten van het eigen vervoer dienen te worden vergoed.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Zij gaf aan dat de behandeling in de CDC Kliniek weliswaar duur is, maar dat het elders opnieuw opstarten van de behandeling extra kosten met zich zou hebben meegevraagd.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 bij een aanvraag voor bijzondere tandheelkunde steeds de gehele behandeling wordt beoordeeld en niet een gedeelte, zoals bij gewone tandheelkunde wel mogelijk is. Het probleem bij de aanvraag van verzoekster zijn de relatief hoge kosten die aan het behandelplan zijn gekoppeld. In de nieuwe begroting wordt met dezelfde hoge kosten gewerkt en wordt een deel van die kosten apart bij verzoekster gedeclareerd. Feitelijk worden op deze wijze nog steeds onnodig hoge kosten gedeclareerd. Voor een onnodig kostbare behandeling is verzoekster niet verzekerd, ook niet gedeeltelijk. Het is een onwenselijke gang van zaken als de zorgverlener, naast de naturaverstrekking, ook een zeer hoge bijbetaling incasseert bij de verzekerde.
- 5.2. Voorts was verzoekster voor de noodzakelijke hulp niet aangewezen op de CDC Kliniek te Best; deze hulp is overal in het land te krijgen. Medisch gezien was ook geen sprake van spoedhulp, zodat gewacht had kunnen worden op de beoordeling van de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar. De gevolgen van de beslissing van verzoekster om met deze zorgverlener in zee te gaan, waren te vermijden.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat door hem geen informatie is verstrekt op basis waarvan door verzoekster voor deze kliniek is gekozen. Zou verzoekster naar een ander kliniek zijn gegaan, dan zouden althans een deel van de kosten zijn vergoed.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door verzoekster in de CDC Kliniek te Best ondergane behandeling, alsmede die van het eigen vervoer naar deze kliniek te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 39 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Artikel 31 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"lid 1

Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen 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;*

(...)

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.

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist. Aan de aanvraag moet een schriftelijk gemotiveerd behandelplan plus kostenbegroting worden toegevoegd.

(...)

zorgverlener:

de zorg wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of centrum voor bijzondere tandheelkunde (C.B.T.)

(...)

lid 7

De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,-- per kaak.

(...)

lid 14

Bij consultatie van en hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener genoemd in de voorgaande leden vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de Zorg-op-Maatpolis vermeld staat. (...)"

Het 'Restitutie Reglement' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"6. Mondzorg

Voor tandprothetische zorg waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat geleverd door een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis maximaal negentig procent van het gemiddelde door de zorgverzekeraar in haar kernwerkgebied (Zuid-Nederland) gecontracteerde tarief.."

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

"Zittend ziekenvervoer

lid 5

Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in de "voorwaarden voor ambulancevervoer" van dit artikel, per door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde taxivervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- a. de verzekerde die nierdialyse moet ondergaan;
- b. de verzekerde die oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. de verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

(...)

lid 6

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

(...)

lid 9

(...) De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0.25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route. (...)

Artikel 2 lid 5 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat de verzekerde slechts recht heeft op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 7.3. De artikelen 31 en 34 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en het 'Reglement Restitutie' zijn volgens artikel 2 lid 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voorzover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De verzekeringsindicatie voor het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak van verzoekster ter bevestiging van een uitneembare overkappingprothese staat tussen partijen niet ter discussie. De ziektekostenverzekeraar heeft immers in zijn brief van 27 augustus 2008 aangegeven dat het aanbrengen van de implantaten akkoord is.
- 7.7. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is de vergoeding van de behandeling te weigeren op de grond dat deze te duur is.
In dat verband stelt de commissie in de eerste plaats vast dat het niet de behandeling als zodanig is die door de ziektekostenverzekeraar als ondoelmatig wordt beoordeeld. Anders gezegd: voor de tandheelkundige problematiek van verzoekster is geen (doelmatiger of even doelmatig) alternatief voorhanden. Een beroep op artikel 2 lid 5 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering kan dan ook niet slaan, mede gezien artikel 14 lid 1 Zvw waaruit valt op te maken dat bij de beoordeling enkel zorginhoudelijke criteria mogen worden betrokken, de prijsstelling behoort daar niet toe.
- 7.8. Daarbij geldt dat het een verzekerde vrij staat gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener, ook als sprake is van een naturapolis. Consequentie van die keuze is wel dat mogelijk een deel van de kosten voor rekening van verzekerde blijft, enerzijds omdat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding veelal heeft gemaximeerd, anderzijds omdat in veel zorgverzekeringen is opgenomen dat in deze situatie een korting van toepassing is. Deze beide instrumenten zorgen er voor dat verzekerden bij voorkeur gebruik zullen maken van gecontracteerde zorg en dat de ziektekostenverzekeraar zijn inkoopvoordeel behoudt.

- 7.9. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar toestemming gegeven voor de implantaatbehandeling. Verzoekster dient daarom op basis van het 'Restitutie Reglement' negentig percent vergoed te krijgen van het gemiddelde door de ziektekostenverzekeraar in diens kerngebied gecontracteerde tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft aangegeven dat voor de onderhavige behandeling een bedrag tussen de € 3.200,-- en € 3.600,-- gebruikelijk is. Het gemiddelde daarvan is € 3.400,--. Negen-tig percent van € 3.400, -- is € 3.060,--. Verzoekster heeft recht op vergoeding van laatstgenoemd bedrag, ten laste van de zorgverzekering.
De commissie realiseert zich dat na aftrek van deze vergoeding nog een aanzienlijk bedrag voor rekening van verzoekster blijft. Deze consequentie was haar bekend, en is ook door haar aanvaard. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar zich hier in de menen, nu hij – juist vanwege de hoogte van de berekende kosten – er voor heeft gekozen deze kliniek niet te contracteren.
- 7.10. Met betrekking tot het ziekenvervoer merkt de commissie op dat onomstreden is dat verzoekster niet voldoet aan één van de onder artikel 34 lid 5 sub a tot en met d van de zorgverzekering genoemde categorieën. Nu het slechts incidenteel vervoer be-treft, is de commissie van oordeel dat niet gesproken kan worden van een onbillijk-heid van overwegende aard als bedoeld in artikel 34 lid 6 van de zorgverzekering wanneer de kosten daarvan voor rekening van verzoekster blijven.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzeke-ring, deels dient te worden toegewezen, met inachtneming van het bepaalde in over-wegingen 7.8 en 7.9.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het aanbrengen van implantaten, onderscheidenlijk een overkappingprothese op implantaten.
Met betrekking tot het ziekenvervoer biedt de aanvullende ziektekostenverzekering alleen dekking voor bedragen die niet ten laste van de zorgverzekering worden ver-strekt, dan wel vergoed. Het dient daarbij te gaan om zittend ziekenvervoer waarop op grond van de zorgverzekering recht bestaat. Daarvan is in het geval van verzoek-ster geen sprake.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, voor zover het betrekking heeft op de zorgverze-king, met inachtneming van het bepaalde in overweging 7.8 en 7.9. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 1 juli 2009,

Voorzitter