

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
en F, beide te G
Zaak : Turkije, mondzorg
Zaaknummer : 2012.02216
Zittingsdatum : 3 april 2013

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 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (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 Den Haag afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo artikel 944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 zorg, ondergaan te Turkije (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 28 november 2012 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).

- 3.5. 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 15 februari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 februari 2013 aan verzoekster gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 maart 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 maart 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.8. Bij brief van 18 februari 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 maart 2013 (zaaknummer 2013024761) 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 de door verzoekster ondergane behandeling curatieve tandheelkundige hulp voor volwassenen is. Dit valt niet onder de te verzekeren prestaties. Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 maart 2013 aan partijen gezonden.
 - 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 april 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.10. De commissie heeft verzoeker bij brief van 4 april 2013 in de gelegenheid gesteld binnen veertien dagen aanvullende informatie over te leggen. Verzoeker heeft aan dit verzoek geen gevolg gegeven.
 - 3.11. Bij brief van 22 mei 2013 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 mei 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster heeft in Turkije een wortelkanaalbehandeling ondergaan, die op dat moment spoedeisend was. Zij heeft daarom aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 4.2. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het onduidelijk is waarom het CVZ spreekt over kronen, aangezien die niet zijn geplaatst. Verzoekster stelt haar eigen tanden en kiezen te hebben. Vorig jaar is een brug geplaatst. Toen heeft ook de wortelkanaalbehandeling plaatsgevonden. De eerste nota is zoekgeraakt; later is een tweede nota door de tandarts opgesteld. Deze is door verzoekster overgelegd. Op de nota zou de wortelkanaalbehandeling vermeld moeten staan. Voorts brengt verzoekster in dat de wortelkanaalbehandeling niet in Nederland is uitgevoerd omdat de kosten erg hoog zijn. De zorg in Turkije is goedkoper.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Uit de vertaling van de nota van de Turkse tandarts blijkt dat het niet gaat om een wortelkanaalbehandeling, maar om het plaatsen van een brug met vijftien porseleinen gebitselementen. Het gaat niet om spoedeisende zorg, zodat de kosten niet gedekt zijn onder de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
 - 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit de overgelegde stukken niet blijkt dat een spoedeisende wortelkanaalbehandeling is uitgevoerd.
 - 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. Gelet op de artikelen 15 van de zorgverzekering en 14 van 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 gehouden is de aanspraak alsnog 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 16 tot en met 35 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Bijzondere tandheelkunde omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is:

- 1. als 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, of*
- 2. als 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. als 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. (...)”*

- 8.4. Artikel 30 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 8.6. 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.
- 8.7. De aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt ten aanzien van zorg in het buitenland, voor zover hier van belang, het volgende:

“Spoedeisende zorg en geneesmiddelen

De basisverzekering vergoedt medisch noodzakelijke zorg in het buitenland. De gemaakte zorgkosten worden tot maximaal het buitenlandse marktconforme tarief vergoed, mits dit tarief niet boven het in Nederland vastgestelde WMG-tarief uitkomt. De aanvullende verzekeringen vergoeden het verschil tussen de vergoeding uit de basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten volledig. De rekening van een buitenlandse zorgverlener kan alleen in behandeling worden genomen als de rekening en de bijbehorende medische verklaring zijn opgesteld in het Nederlands, Engels, Duits of Frans of is voorzien van een officiële vertaling in één van deze talen.*

U krijgt vergoeding voor zorg als:

- *u een deel van de kosten vergoed krijgt uit de basisverzekering, en*
- *de zorg onvoorzien was, en*
- *niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland, en*
- *u niet langer dan één jaar in het buitenland bent, en*
- *de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt. (...)*

- 8.8. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt:

“Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Anders dan verzoekster stelt, blijkt uit de vertaling van de nota dat op de nota van de Turkse tandarts niet is vermeld dat een wortelkanaalbehandeling is uitgevoerd. Kennelijk ontbraken bij verzoekster enkele elementen, en kon de tandarts dit tandheelkundige probleem oplossen door plaatsen van kronen en bruggen. De commissie concludeert op basis hiervan dat de gezondheidstoestand van verzoekster niet zodanig was dat deze onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakte, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding volgens het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Rest de vraag of zij aanspraak heeft op deze zorg, ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg indien sprake is van 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. Hiervan is bij verzoekster niet gebleken. Ook is bij haar geen sprake van een niet-tandheelkundige aandoening dan wel een medische behandeling die geen doorgang kan vinden zonder de tandheelkundige hulp. Om die reden heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de tandheelkundige zorg, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt enkel dekking voor zorg in het buitenland indien het gaat om spoedeisende zorg. Hiervan was bij verzoekster geen sprake; de behandeling had kunnen worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Zij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van deze zorg, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 mei 2013,

Voorzitter