

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D beide te E
Zaak : EU/EER, mondzorg, extractie, implantaten
Zaaknummer : 2011.02328
Zittingsdatum : 23 januari 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering 50+ is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tandheelkundige behandeling, bestaande uit de extractie van een aantal elementen en het aanbrengen van implantaten, uit te voeren/ uitgevoerd te Knokke (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 8 oktober 2012 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).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 november 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 november 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 december 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 21 november 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 december 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012131373) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. Van een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak is geen sprake, zodat op die grond evenmin aanspraak bestaat op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 14 januari 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 januari 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 24 januari 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 januari 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 verzoeker
 - 4.1. De behandelend kaakchirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "*open anterieure open beet, alle occlusie op laterale sectoren, secondaire eruptie 2.7, 4.7, 2.4, 2.6, pontic en brugwerk loszittend, (...) uitgebreide marginale parodontitis in 2^e en 3^e kwadrant (...)*" en stelde voor: "*extractie 2.4, 2.6, 2.7, 3.4, 3.5, 3.6, 4.7, grondige curettage, na twee maanden plaatsen vijf implantaten regio 1.4, 1.6, regio 4.3, 4.5, 4.6*".
 - 4.2. Verzoeker lijdt aan reumatoïde artritis, en gebruikt hiervoor zeer zware medicijnen. Hierdoor wordt zijn immuunsysteem aangetast en is onder meer een ontsteking in zijn kaak ontstaan. De behandelend kaakchirurg heeft voorgesteld enkele elementen te trekken en implantaten te plaatsen. De ziektekostenverzekeraar weigert over te gaan tot vergoeding van deze behandeling. Er is discussie ontstaan over de vraag of sprake is van een noodzakelijke ingreep aan de kaak ten gevolge van reuma en het daarmee verband houdende medicijngebruik dan wel of de ontsteking een op zich staand probleem is. De ziektekostenverzekeraar stelt dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor de gestelde effecten van het medicijngebruik. Dit bestrijdt verzoeker

niet. Er zijn echter wel sterke aanwijzingen dat zich door vermindering van het immuunsysteem ontstekingen kunnen manifesteren. Deze opvatting wordt gedeeld door de behandelend artsen van verzoeker. Verzoeker verwijt de ziektekostenverzekeraar dat de verschillende opvattingen van de behandelend artsen niet zijn meegenomen in het besluitvormingsproces. Zijn probleem is bovendien niet in de juiste context geplaatst.

- 4.3. De noodzakelijke ingreep aan de kaak was zeer urgent door de ontsteking, maar kon vanwege het gebruik van bepaalde medicijnen niet worden uitgevoerd. Hierdoor ontstond een dilemma: het trekken van de elementen kon pas worden uitgevoerd als de restanten van de medicijnen uit verzoekers lichaam waren verdwenen, maar het stopzetten van het medicijngebruik kon tot gevolg hebben dat de gewrichtsontstekingen weer actief zouden worden. Uiteindelijk is besloten te stoppen met het medicijngebruik, met alle schadelijke gevolgen voor zijn gezondheid van dien, zodat de tandheelkundige behandeling kon worden uitgevoerd. Nadien zou sprake zijn van een tandeloze kaak, zodat verzoeker in aanmerking kwam voor mondzorg in bijzondere gevallen. Juist in deze periode heeft de ziektekostenverzekeraar geen enkele ondersteuning geboden, bijvoorbeeld door het doen van een voorstel voor een alternatieve behandeling of het aanbieden van een aanvullende ziektekostenverzekering op basis waarvan een gedeelte vergoeding mogelijk is.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar weigert de tandheelkundige behandeling te vergoeden, omdat gegevens over de staat van het gebit van vóór het medicijngebruik (tot 2010) ontbreken. Het is niet terecht dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker geen gegevens aanlevert. Verzoeker voelt zich hierdoor onheus bejegend. Naar aanleiding van het spreekuurbezoek bij de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft hij zich juist ingespannen om informatie aan te leveren. Als deze gegevens niet voorhanden zijn bij de diverse zorgverleners, kan verzoeker daarvoor niet verantwoordelijk worden gehouden.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts brengt verzoeker in dat de ziektekostenverzekeraar nimmer duidelijk heeft gemaakt waar precies recht op bestaat en welke alternatieven mogelijk zijn. Het is tevens onduidelijk wanneer kan worden gesproken van een bijzonder geval. Verzoeker verwijst naar artikel 8.20 van de polis en tekent aan dat hij een lichamelijke aandoening heeft. Voorts stelt verzoeker dat de toestand van zijn gebit voorafgaand aan het medicijngebruik goed was. Tot slot brengt verzoeker in dat door de ziektekostenverzekeraar aantoonbaar fouten zijn gemaakt.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat wordt vergoed als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. Een vergoeding is ook mogelijk indien de mondzorg noodzakelijk is omdat sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en het gebit zonder die mondzorg de normale functie niet kan behouden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad. Het moet dan gaan om een aandoening die een ernstige functiestoornis oplevert, vergelijkbaar met bijvoorbeeld oligodontie of schisis. Volgens de

adviserend tandarts is bij verzoeker geen sprake van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Implantologie in een betande kaak kan niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzoeker heeft zijn stelling in dit verband, te weten dat het medicijngebruik vanwege reumatoïde artritis de oorzaak is geweest voor de toestand van zijn gebit, niet in voldoende mate onderbouwd.

- 5.2. Het is niet aan de (adviserend tandarts van de) ziektekostenverzekeraar om verzoeker te adviseren in zijn situatie. De ziektekostenverzekeraar mag immers niet gaan zitten op de stoel van de behandelaar. Verzoeker zal in samenspraak met zijn behandelaar tot een behandelplan dienen te komen. De adviserend tandarts kan dit plan vervolgens beoordelen.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor verzoekers situatie, en biedt zijn excuses aan voor de lange periode die de kwestie in beslag heeft genomen. De baat die verzoeker bij de aangevraagde behandeling heeft, staat niet ter discussie. Er kan echter niet worden overgegaan tot vergoeding van de behandeling, aangezien verzoekers situatie niet voldoet aan de wettelijk vastgestelde voorwaarden. Dit wordt overigens niet anders indien verzoeker zou besluiten de behandeling in Nederland te ondergaan.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet is aan te geven “wat allemaal wordt vergoed”. De behandelaar voert een beoordeling uit en dient een aanvraag in voor een behandeling die hij aangewezen acht. Die aanvraag wordt dan beoordeeld. In onderhavige kwestie is geantwoord dat geen recht bestaat op vergoeding van de behandelingen aan de kaak. De tandheelkundig adviseur heeft nog gekeken of het verband tussen het medicijngebruik en de tandheelkundige problemen aannemelijk is, maar hier is niets op gekomen. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hierin geen verwijt jegens verzoeker ligt; de benodigde informatie is er niet (meer).
- 5.5. 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.25. 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 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 B.1. tot en met B.29. van de zorgverzekering. De artikelen B.20. tot en met B.22. van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Voor zover hier van belang, luiden deze artikelen als volgt:

“B.20. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

B.20.1. Omschrijving van de zorg

Het gaat om zorg die tandartsen plegen te bieden.

Deze mondzorg bestaat uit:

a. mondzorg in bijzondere gevallen. Deze mond zorg is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel hebt;*
- u een niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheeskundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.*

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

b. het plaatsen van een tandheeskundig implantaat en het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden. Deze vorm van mondzorg kan plaatsvinden als u in aanmerking komt voor de mondzorg onder a.

(...)

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

- Bij de aanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan. Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken als:

- de mondzorg niet meer noodzakelijk is;*
- u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;*
- u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.*

- Hebt u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt en vraagt u ons zorgadvies en akkoordverklaring voor het plaatsen van een tandheeskundig implantaat en het vaste gedeelte van de suprastructuur, waarbij de uitneembare gebitsprothese op de kaak moet worden vast gemaakt? Dan moet bij de zorgaanvraag een schriftelijk onderbouwd behandelplan en een kostenbegroting zitten.

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Verwijzing

De tandarts verwijst als het gaat om het plaatsen van tandheeskundige implantaten.

Zorgverlener

- Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde zorgverlener die verbonden is aan

een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) verleent de zorg.
(...)

Plaats

- De zorg vindt plaats in de instelling voor medisch specialistische zorg, tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of op de plaats waar u verblijft (dat wil zeggen op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft);
(...)

B.22. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

B.22.1. Omschrijving van de zorg

Naast de zorg die beschreven staat in artikel B.20. gaat het om mondzorg:

- a. die medisch specialisten voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie plegen te bieden.
(...)
- b. die tandartsen plegen te bieden.
(...)

B.22.3. Uitsluitingen

De zorg omvat niet:

- a. parodontale chirurgie (chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees);
- b. het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- c. ongecompliceerde extracties;
- d. een hogere vergoeding dan het bedrag waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.
(...)"

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 in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;
- b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in de volgende artikelen van dit hoofdstuk per zorgsoort lezen wat wij dan vergoeden.

(...)

B.2.4. Tarief en akkoordverklaring

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadviesing aan te vragen. Wij kunnen u dan vertellen:

- a. of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;
- c. en of u voor deze zorg bij zorgverleners terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Want gaat u dan naar een zorgverlener met wie wij geen afspraken hebben gemaakt, dan krijgt u mogelijk minder vergoed, tenzij wij een akkoordverklaring geven. Zie ook de artikelen A.21. over tarieven en A.22. over zorgadvies en akkoordverklaring.

B.2.5. Bevoegde zorgverlener

De zorg die u krijgt in het buitenland moet in ieder geval worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.”

- 8.3. De artikelen B.2., B.20. en B.22. 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).
- 8.4. 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.
- 8.5. 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.
- 8.6. Artikel D.8. van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft de aanspraak op mondzorg, en luidt, voor zover hier van belang:

“D.8.1. Mondzorg algemeen

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

D.8.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat mondzorg die tandartsen plegen te bieden.

D.8.1.2. Waar hebt u recht op?

In aanvulling op de vergoeding die u uit de hoofdverzekering voor mondzorg krijgt, vergoeden wij aanvullend mondzorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.8.1.3. Voorwaarden

Voorschrift

Een tandarts schrijft de zorg voor.

Zorgverlener

- a. Een tandarts;*
- b. een zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg verleent de zorg.*

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk of centrum voor mondzorg.

D.8.1.4. Uitsluitingen

De volgende kosten vergoeden wij niet:

- a. Kosten van behandelingen of leveringen door tandtechnici, tandtechnische laboratoria of instituten en tandheelkundige inrichtingen, met wie wij geen afspraken hebben gemaakt voor deze behandelingen of leveringen;*
- b. Kosten van het bleken van tanden, tenzij deze tandheelkundige behandeling uitdrukkelijk op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering als vergoeding staat vermeld;*
- c. Kosten van zorg die u vergoed krijgt uit de hoofdverzekering;*

d. Kosten van orthodontische behandelingen. Deze behandelingen worden onder artikel D.8.5. vergoed.
(...)

D.8.4. Overige mondzorg

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

D.8.4.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden voor zover die niet is beschreven in artikelen D.8.2. en D.8.3.

D.8.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.8.4.3. Voorwaarden

Zie artikel D.8.1.3. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd door middel van UPT-codes.

Zorgverlener

- a. Een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist, tandprotheticus of zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg verleent de zorg;
- b. Een kaakchirurg die verbonden is aan een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg of instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis).

D.8.4.4. Uitsluitingen

Zie artikel D.8.1.4.

(...)"

Het vergoedingenoverzicht luidt, voor zover hier van belang:

“Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Mondzorg		D.8.
Mondzorg:	Maximaal € 450,- per jaar voor onderstaande zorg samen	D.8.1. t/m D.8.4.
(...)		
- Overige mondzorg	75%	D.8.4.
(...)"		

8.7. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

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. Door verzoeker is voorafgaand aan de ingreep bij de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming, zodat dient te worden getoetst aan artikel 20 Vo 883/2004. In het kader van de beoordeling of hem de gevraagde toestemming al dan niet terecht is onthouden, is relevant of sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering en of verzoeker een indicatie had voor de behandeling. Niet in geschil is dat onderhavige tandheelkundige behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Rest de vraag naar de indicatie.
- 9.2. Op grond van artikel B.20. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op bijzondere tandheelkunde, waaronder het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. In de nota van toelichting op het onderliggende Bzv is uiteengezet in welke gevallen een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig is. In dit verband worden met name oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen genoemd. Uit de aan de commissie overgelegde stukken is niet gebleken dat bij verzoeker een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel bestaat die in ernst te vergelijken is met één van bovengenoemde aandoeningen.
- 9.3. Daarnaast bestaat aanspraak op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Hierbij moeten de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Verzoeker voldoet evenmin aan deze beide voorwaarden.
- 9.4. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat hij lijdt aan reumatoïde artritis, waardoor ontstekingen in zijn kaak ontstaan. Zijn kaak zou deswege al lang tandeloos zijn geweest, ware het niet dat door het medicijngebruik in verband met zijn ziekte, de extractie van elementen is uitgesteld. Derhalve is thans nog geen sprake van een tandeloze kaak. De commissie merkt hierover op dat, anders dan verzoeker stelt, het aan verzoeker is aannemelijk te maken dat in zijn situatie sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Hij is hierin niet geslaagd, voor zover het gaat om het oorzakelijk verband tussen zijn ziekte onderscheidenlijk zijn medicijngebruik en de toestand van zijn gebit. Het feit dat bepaalde stukken niet voorhanden zijn kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen; deze voert een inhoudelijke beoordeling uit op basis van de beschikbare gegevens. De commissie is voorts van oordeel dat in het geval van verzoeker geen sprake is van een zodanig bijzondere situatie dat afwijzing van de aangevraagde tandheelkundige behandeling naar de maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 9.5. Aangezien een (verzekerings)indicatie ontbreekt, is verzoeker de vereiste toestemming in het kader van Vo 883/2004 terecht onthouden, en bestaat voorts geen aanspraak op de onderhavige behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Op grond van artikel D.8.4. van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 75 percent van de kosten tot een bedrag van maximaal € 450,- per jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat vergoeding van dit bedrag mogelijk is. Derhalve heeft verzoeker aanspraak op maximaal € 450,-, althans voor zover dit bedrag nog niet geheel of reeds ten dele is uitbetaald. Voor zover verzoeker een hogere vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wenst, kan dit verzoek niet worden gehonoreerd.

Conclusie

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

Zeist, 6 februari 2013,

Voorzitter