



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, mondzorg, implantaten, toezegging
Zaaknummer : 201301292
Zittingsdatum : 12 februari 2014

Postadres Postbus 291, 3700 AG Zeist

Bezoekadres Sparrenheuvel 16, 3708 JE Zeist

T 088 900 69 00

F 088 900 69 06

E info@skgz.nl

www www.skgz.nl

KvK 30213012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

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

C te D, hierna 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] Zorgverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tand Beter Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 ja. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Uitgebreide Aanvullende Verzekering 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 het aanbrengen van zes Astra implantaten in de bovenkaak ter bevestiging van een vaste brugconstructie, uit te voeren in het AZ Sint-Jan te Brugge, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 januari 2013 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 e-mailberichten van 1 maart en 22 april 2013 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 30 september 2013 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 2 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 december 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 december 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 5 december 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 30 december 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2013149836) 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 sprake is van een ernstige, met schisis vergelijkbare, aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 12 februari 2014 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 14 februari 2014 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 21 februari 2014 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 tandarts heeft verzoeker op 19 oktober 2013 verwezen naar de afdeling kaakchirurgie van het AZ Sint-Jan te Brugge. De tandarts verklaart dat verzoeker in de boven- en onderkaak een verkorte tandboog heeft (Kennedy II) met cantilever bruggen. Het brugwerk in de onderkaak is in 2005 vervangen, het brugwerk in de bovenkaak dateert uit 1997. Verzoeker is voor parodontale nazorg onder controle bij de mondhygiëniste. Verzoeker rookt en wordt behandeld in verband met HIV. Recent fractureerden kort na elkaar de 22 en de 21. De tandarts vreest dat hetzelfde kan gebeuren met de resterende frontelementen. Bovendien twijfelt hij, in verband met de parodontale gezondheid, aan de prognose voor de restdetentie in de bovenkaak. De tandarts verzoekt de kaakchirurg om zijn mening ten aanzien van de indicatie voor een totaalextractie in combinatie met onmiddellijk geplaatste implantaten en een verschroefde prothese in de bovenkaak.
- 4.2. De behandelend maxillo-faciale chirurg heeft op 16 januari 2013 ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor het verwijderen van vijf elementen in de bovenkaak en het direct daarna aanbrengen van zes Astra implantaten (immediate loading protocol). Na het aanbrengen van de implantaten zal direct een tijdelijke brug worden geplaatst. Op termijn zal de definitieve brug worden geplaatst. De totale kosten worden geschat op € 14.715,43.
- 4.3. Op 21 januari 2013 is de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, uitgevoerd. De definitieve brug wordt - zoals vermeld in de aanvraag - op een later tijdstip geplaatst.
- 4.4. Verzoeker heeft op 2 januari 2013 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar het AZ Sint-Jan in Brugge heeft gecontracteerd. De behandeling bestaat uit twee gedeelten. In het eerste deel worden vijf elementen verwijderd en worden de implantaten aangebracht. In het tweede deel wordt de definitieve brug geplaatst. Verzoeker is medegedeeld dat hij voor het eerste deel van de behandeling geen voorafgaande toestemming hoeft te vragen aan de ziektekostenverzekeraar, omdat geen sprake is van een opname. Voor het tweede gedeelte van de behandeling moet wel toestemming worden gevraagd. Ondanks de ruime periode tot aan dat moment, heeft verzoeker de behandelend arts daartoe alvast de aanvraag laten indienen. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

- 4.5. Hierna zijn meerdere contactmomenten tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar gevolgd. Verzoeker heeft deze contactmomenten niet als plezierig ervaren. Bovendien is de ziektekostenverzekeraar bij die gelegenheden niet ingegaan op de argumenten van verzoeker. Pas naar aanleiding van het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 22 april 2013 is het verzoeker duidelijk geworden dat de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar tevens betrekking heeft op het eerste deel van de behandeling.
- 4.6. In het betreffende ziekenhuis wordt, anders dan in Nederland gebruikelijk is, geen klik-prothese geplaatst op de aangebrachte implantaten, maar een immobiele hybride prothese die esthetisch aantrekkelijker, maar ook duurder is dan de klik-prothese. Omdat hem op 2 januari 2013 was verteld dat hiervoor een aanvraag moest worden ingediend, dacht verzoeker dat wellicht ook de meerkosten van deze prothese voor vergoeding in aanmerking konden komen. Verzoeker dacht dat de ziektekostenverzekeraar mogelijk de mening van zijn tandarts deelde over de financiële voordelen van de Belgische oplossing boven de in Nederland gebruikelijke werkwijze, waarbij eerst een prothese wordt vervaardigd, om vervolgens te ontdekken dat er te weinig kaakbot resteert waardoor de prothese leidt tot fysieke en psychische klachten, en waarna alsnog implantaten worden aangebracht (eventueel na een kostbare bottransplantatie), gevolgd door verstrekking van een klik-prothese.
- 4.7. Verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar hem nooit zelf heeft onderzocht. De conclusie van de ziektekostenverzekeraar is in tegenspraak met die van de betrokken zorgverleners, te weten de tandarts, de mondhygiëniste, de huisarts, de kaakchirurg en arts-protheticus in Brugge, en de tweede tandarts die een contra-expertise heeft verricht.
- 4.8. De ziektekostenverzekeraar legt de volledige verantwoordelijkheid voor de onderhavige situatie in eerste instantie bij verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft echter bij het gesprek van 2 januari 2013 zich onvoldoende ervan vergewist of verzoeker een en ander had begrepen. Daarnaast wordt door de ziektekostenverzekeraar de verantwoordelijkheid (gedeeltelijk) gelegd bij de behandelend arts, die verzoeker erop had moeten wijzen dat de kosten mogelijk voor zijn rekening zouden blijven. De ziektekostenverzekeraar gaat er verder volledig aan voorbij dat verzoeker al jaren alles eraan gedaan heeft om de kwaliteit van zijn gebit te handhaven, waarbij hij zeer veel kosten heeft gemaakt die voor zijn rekening zijn gebleven.
- 4.9. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij wil aanhaken bij de twee kernaspecten van het CVZ-advies, te weten dat het dossier flinterdun is en dat er geen reden is om voor een dure prothese te kiezen. Verzoeker is het met het CVZ eens dat het onderhavige dossier erg dun is. Er is wel een dik dossier, maar dat ligt bij de tandarts. Verzoeker is al 25 jaar bij hem onder behandeling. Verzoeker had verwacht dat de ziektekostenverzekeraar met een contra-expertise zou komen. In dat geval zou ook het dossier van de tandarts op tafel komen. Uit dit dossier blijkt dat verzoeker de afgelopen jaren enorm in zijn gebit heeft geïnvesteerd. Als hij zou zijn opgeroepen op het spreekuur van de ziektekostenverzekeraar, zou diens beslissing anders hebben geluid. De tandarts heeft verzoeker doorverwezen naar België, omdat hij vermoedde dat eerst bottransplantatie nodig zou zijn. Dit bleek niet het geval te zijn. De behandeling in België bestaat uit twee fasen. De eerste fase betreft de extractie van de elementen en het plaatsen van de implantaten met daarop een noodbrug. De tweede fase betreft het plaatsen van de definitieve brug. Verzoeker heeft nooit de verwachting gehad dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de dure prothese volledig zou vergoeden. Hij heeft altijd aangenomen dat de kosten hiervan zouden worden vergoed tot het tarief van een klikprothese. Verzoeker merkt op dat de implantaten ook nodig waren geweest als hij had gekozen voor een klikprothese. Hij herhaalt dat hij niet verwacht dat de ziektekostenverzekeraar de meerkosten van de 'luxe' vergoedt. Hij zou graag zien dat onderscheid wordt gemaakt tussen de twee fasen, zoals door hem benoemd. Het irriteert verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar conclusies trekt zonder over het dossier te beschikken. Als de behandeling in Nederland had plaatsgevonden, zou bottransplantatie noodzakelijk zijn geweest. Juist daarom is voor behandeling in België gekozen.
- 4.10. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Bij verzoeker is geen sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dan wel een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. Ook heeft verzoeker geen ernstig geslonken tandeloze kaak, zodat hij geen aanspraak heeft op een implantaatbehandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. Verzoeker heeft ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vergoeding van 80 percent van de kosten van tandheelkundige behandelingen tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Voor 2013 (stand van 2 december 2013) is in totaal € 90,- vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de voorwaarden van de zorgverzekering expliciet staat vermeld dat alleen aanspraak bestaat op implantaten in een ernstige geslonken kaak indien deze worden geplaatst ten behoeve van een uitneembare prothese. Dit is bij verzoeker niet het geval. Het CVZ heeft de conclusie van de ziektekostenverzekeraar - dat verzoeker geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde en dat de implantaten niet dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese - bevestigd. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat een persoonlijk onderhoud niet zou hebben geleid tot een andere uitkomst, aangezien verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor de onderhavige behandeling.
- 5.4. 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 10 van de zorgverzekering en 7 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 verzoeker aanspraak heeft op het aanbrengen van zes implantaten in de bovenkaak ter bevestiging van een vaste brugconstructie, 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 11 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 29 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt. U hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;

(...)"

- 8.3. In artikel 9 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang

"Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-jEER-land of verdragsland dan Nederland hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

(...)

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd.

Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale. Ons telefoonnummer staat voorin de voorwaarden.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

- 8.4. De artikelen 9 en 29 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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.
- 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. In artikel 54 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van 80 percent van de kosten van mondzorg tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:
- "tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half) jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.*
- Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:*
- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
 - implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.
- (...)
- De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.*
- Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:*
- 80% tot maximaal € 500 per kalenderjaar*
- Bijzonderheden:*
- (...)
- 2. de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar."*

- 8.8. 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. Verzoeker is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 16 januari 2013, dus voorafgaand, om toestemming voor de behandeling gevraagd. Deze heeft op 21 januari 2013 plaatsgevonden. De commissie is van oordeel dat van de ziektekostenverzekeraar niet in redelijkheid kan worden verwacht dat deze de beoordeling van de aanvraag op een zo korte termijn uitvoert. Daarom blijft in dit geval toetsing aan Verordening 883/2004 en het Werkingsverdrag achterwege, en dient het recht op vergoeding uitsluitend te worden beoordeeld op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, en zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan worden behouden of verworven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet had voorgedaan. Onder deze aanspraak valt tevens het aanbrengen van implantaten in de ernstig geslonken tandeloze kaak. De implantaten moeten in dat geval dienen ter bevestiging van een uitneembare - volledige - prothese.
- 9.3. Bij verzoeker is niet gebleken van een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of andere verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Ook is bij hem geen sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak en worden de implantaten aangebracht ten behoeve van een vaste brugconstructie. Aangezien een verzekeringsindicatie ontbreekt, heeft verzoeker geen aanspraak op de onderhavige implantaatbehandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Voor zover verzoeker stelt dat wel een verzekeringsindicatie aanwezig is, en dat zulks blijkt uit het bij de tandarts aanwezige dossier, welk dossier door de ziektekostenverzekeraar had kunnen worden opgevraagd, geldt dat het aan de partij die stelt is hiervan een onderbouwing te leveren. Verzoeker is hierin niet geslaagd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor mondzorg tot 80 percent van de kosten, met een maximum van € 500,- per kalenderjaar, althans voor zover dit bedrag nog niet is besteed aan andere tandheelkundige zorg. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Telefonische toezegging

- 9.6. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar hem telefonisch heeft medegedeeld dat hij voor de eerste fase van zijn behandeling geen toestemming hoefde te vragen. Het enkele feit dat voorafgaand geen toestemming hoeft te worden aangevraagd, betekent echter niet dat daarmee is toegezegd dat de aan de behandeling verbonden kosten zonder meer worden vergoed. Zoals uit artikel 9.3 van de zorgverzekering valt op te maken, moet toestemming worden gevraagd voor opname in een ziekenhuis of andere instelling in het buitenland. Aangezien een deel van de behandeling heeft plaatsgevonden zonder dat opname noodzakelijk was, was de mededeling dat voor dat deel voorafgaande toestemming niet noodzakelijk was, juist. Tijdens het gesprek is de (verzekerings)indicatie niet beoordeeld, en uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotitie blijkt dan ook niet van een toezegging ten aanzien van de vergoeding. Uit de notitie kan enkel worden opgemaakt




dat is gezegd dat de zorgverlener een aanvraag moet indienen. Het ligt in de rede dat het doel van de aanvraag is dat hierop door de ziektekostenverzekeraar een beslissing kan worden genomen. Die beslissing kan ook afwijzend zijn, zoals in dit geval.




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, 5 maart 2014,



Voorzitter

