

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, mondzorg, gebitsrehabilitatie, cyste
Zaaknummer : 2012.00850
Zittingsdatum : 5 december 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, artt. 20 Vo 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vrije Keuze Topfit en Tandfit Module C afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 een tandheelkundige behandeling, uit te voeren in het Kleinsman Dental Center te Bocholt (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 november 2011 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 27 maart 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 ongedateerde brief 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 augustus 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 september 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 november 2012 telefonisch medegedeeld mondeling te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 31 augustus 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 12 september 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012101403) 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 niet is geïndiceerd voor bijzondere tandheelkundige zorg. Een afschrift van het CVZ-advies is op 12 oktober 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar is op 5 december 2012 in persoon gehoord. Verzoekster heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn tijdens de hoorzitting in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld contact op te nemen met de behandeld tandarts van verzoekster teneinde vast te stellen of hij de directe relatie kan aangeven tussen de aanwezigheid van een cyste in het derde kwadrant en de totale behandeling. Bij brief van 28 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar de bevindingen van de behandelend tandarts aan de commissie gezonden. Een afschrift van bedoelde brief is op 29 januari 2013 aan verzoekster gestuurd en deze is daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op bedoeld stuk te reageren. Verzoekster heeft op 4 februari 2013 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.11. Bij brief van 7 februari 2013 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de vervolgcorrespondentie gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 19 februari 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. De behandelend tandarts heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *“Bij [naam verzoekster] is uitgebreid gebitsherstel nodig. De huidige beet is niet functioneel en dient hersteld te worden. Dit functieprobleem wordt veroorzaakt door een uitgebreide cyste in de onderkaak. [Verzoekster] heeft al meerdere malen specialisten (o.a. kaakchirurg) bezocht m.b.t. dit bestaande probleem. Echter is er op dit punt besloten niets aan de cyste te (kunnen) doen. Er is voor nu besloten de cyste te vervolgen door elk half jaar röntgenfoto's te nemen. Gezien de stand van de kiezen echter ongunstig beïnvloed is door de aanwezigheid van de cyste, dient het gebit functioneel hersteld te worden. Daarom zullen wij overgaan tot tandheelkundige behandeling.”*

- 4.2. Verzoekster onderschrijft het standpunt van de behandelend tandarts en voert daarnaast aan dat zij maagklachten had doordat ze maar aan één kant kon kauwen. Inmiddels is dit nagenoeg verholpen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij geen volledige vergoeding wenst. Zij wenst alleen een tegemoetkoming in de kosten voor zover het de kiezen betreft die betrokken zijn bij de cyste. Door de aanwezigheid van de cyste is bij haar sprake van een groeistoornis dan wel een verworven afwijking.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor bijzondere tandheelkunde. Op 15 november 2011 is haar medegedeeld dat de aanvraag niet kon worden gehonoreerd. De reden voor de afwijzing was dat op basis van de overgelegde gegevens door de tandheelkundig adviseur niet kon worden vastgesteld dat verzoekster een (verzekerings)indicatie had voor bijzondere tandheelkunde.
- 5.2. Na de desbetreffende brief heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster gevraagd om een toelichting met een OPT (overzichtsfoto) van de behandelend kaakchirurg, alsmede een exacte plaatsaanduiding van de cyste door de kaakchirurg. Pas later heeft verzoekster een CD overgelegd met 3D opnamen. Uit deze opnamen blijkt niet van een causaal verband tussen de geconstateerde cyste in de onderkaak en de aangevraagde tandheelkundige behandelingen van de boven- en onderkaak.
- 5.3. Op grond van de door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering kon zij in 2011 aanspraak maken op een vergoeding voor tandheelkundige zorg van 75 percent tot maximaal € 1.500,- per kalenderjaar.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het geschil zich toespitst op de aanwezigheid van de cyste. Uit het overgelegde behandelplan is niet op te maken welke kosten betrekking hebben op de behandeling van de cyste. Er zijn ook verichtingen gedaan die daar geen verband mee houden. De ziektekostenverzekeraar biedt daarom aan contact op te nemen met de behandeld tandarts van verzoekster teneinde hier duidelijkheid over te krijgen.
- 5.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de behandelend tandarts van verzoekster. Deze heeft verklaard dat hij de aanwezige cyste gedurende lange tijd in de gaten heeft gehouden. Hieruit is naar voren gekomen dat de aanwezige cyste in de toekomst geen gevaar zullen vormen en deze dus niet verwijderd hoeft te worden.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 10 van 'Deel A Algemene Bepalingen' van de zorgverzekering 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering. Artikel 17 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 17 Mondzorg

Lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg. [Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt alleen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- 1. als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of*
- 2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of*
- 3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening.*

(...)

Lid 7 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg volgens lid 1 tot en met 3 is altijd toestemming vooraf van [naam ziektekostenverzekeraar] vereist.

(...)”

8.3. Artikel 25 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 25 Buitenland

Lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. [naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

Lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. [Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een Verdragsland.

*Lid 3 Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. [naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.
(...)"*

- 8.4. De artikelen 17 en 25 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van 'Deel A Algemene Bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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. Artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 1 Algemene tandheelkundige zorg

Lid 1 [Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt 100% van de kosten van de volgende behandelingen:

- C11 Periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar;
- C12 Periodiek preventief onderzoek, tweede en volgende in hetzelfde jaar;
- M10 Fluoride applicatie onder- en bovenkaak afzonderlijk (Methode I);
- M20 Fluoride applicatie onder- en bovenkaak gelijktijdig (Methode II);
- M21 Fluoride applicatie groepsgewijs (Methode II);
- M50 Gebitsreiniging beperkt;
- M55 Gebitsreiniging gemiddeld;
- M59 Gebitsreiniging uitgebreid;
- X10 Intra-orale foto per opname (niet ten behoeve van orthodontie).

Lid 2 [Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt 75% van de kosten van de overige algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten).

Lid 3 De vergoeding voor de kosten bedoeld in lid 1 en 2 tezamen bedraagt maximaal € 1.500,- 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. Door verzoekster is aan de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de ingreep toestemming gevraagd, zodat moet worden getoetst aan artikel 20 van Vo nr. 883/2004. Ook in dat kader is relevant of sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering en of verzoekster een indicatie had.
- 9.2. Het betreft hier een rehabilitatie van het gebit van een (volwassen) verzekerde. Restauratief tandheelkundig werk bij volwassen verzekerden valt niet onder de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering, tenzij sprake is van bijzondere tandheelkundige zorg in de zin van artikel 17 van ‘Deel B Omvang Dekking’. Bijzondere tandheelkundige zorg is aan de orde ingeval van een ontwikkelingsstoornis, groei-
stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en de verzekerde zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- 9.3. 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. Bij verzoekster is niet gebleken van een ontwikkelingsstoornis, groei-
stoornis of verworven afwijking van het tand-
kaak-mondstelsel die in ernst te vergelijken is met één van bovengenoemde aandoeningen. Dat een relatie bestaat tussen de aanwezigheid van de cyste in de onderkaak en de noodzaak tot ingrijpende gebitsrehabilitatie is door verzoekster weliswaar gesteld doch niet aannemelijk gemaakt, ook niet voor een deel van de behandeling.

Aangezien geen sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt, is verzoekster terecht de toestemming op grond van artikel 20 van Vo 883/2004 onthouden, en kan op grond van de zorgverzekering geen aanspraak worden gemaakt op vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat die verzekering onbesproken kan blijven.

Conclusie

- 9.5. 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 maart 2013,

Voorzitter