



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D
beide te E
Zaak : Maximale vergoeding per kalenderjaar, aanvullende ziektekostenverzekering, maximale vergoeding per kalenderjaar
Zaaknummer : 201302802
Zittingsdatum : 23 juli 2014

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

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, tegen

- 1) C, en
- 2) D, beide 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 Alles Verzorgd Polis (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 Frieso afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 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 een parodontologische behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 oktober 2013 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 21 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar de eventuele aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering heeft beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij geoordeeld dat geen aanspraak bestaat ten laste van de zorgverzekering. De bemiddeling heeft derhalve niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 21 januari 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 500,- 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 19 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 mei 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 mei 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 juli 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 mei 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 juni 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014068077) 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 geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 juli 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 augustus 2014 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 26 augustus 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft last van parodontologische problemen, waarvoor zij uitgebreid moet worden behandeld. Dit brengt hoge kosten met zich. De ziektekostenverzekeraar is bereid ter zake € 500,- per kalenderjaar te vergoeden. Deze vergoeding dekt echter maar een klein deel van de kosten van de behandeling. De resterende kosten blijven voor rekening van verzoekster. Zij leeft van een bijstandsuitkering en kan deze kosten niet zelf dragen.
- 4.2. Verzoekster is al vijftien jaar verzekerd tegen ziektekosten bij de ziektekostenverzekeraar. Gedurende deze periode heeft de ziektekostenverzekeraar een paar keer de door verzoekster gemaakte zorgkosten gedeeltelijk vergoed. Zij heeft toen schulden moeten maken om de door haar benodigde zorg te kunnen bekostigen. Nu doet zich een vergelijkbare situatie voor.
- 4.3. Verzoekster benadrukt dat zij de afgelopen vijftien jaar bijna geen kosten van tandheelkundige zorg heeft gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, omdat zij altijd een gezond gebit had. In december 2012 heeft verzoekster zich noodgedwongen tot een andere tandarts moeten wenden. Deze tandarts heeft haar verteld dat het niet goed ging met de wortels van de tanden en met enkele van de pockets. Er bestaat een medische noodzaak om deze problemen te behandelen. Verzoekster is daarom begonnen met de noodzakelijk behandelingen. Van de ziektekostenverzekeraar hoort verzoekster alleen maar dat zij reeds de maximale vergoeding heeft bereikt, te weten € 250,- voor 2012 en € 500,- voor 2013. Verzoekster heeft in de afgelopen veertien jaar altijd de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft dus gedurende deze periode veel meer geclaimd aan premie dan verzoekster heeft ontvangen aan vergoedingen voor tandheelkundige zorg. Nu heeft verzoekster echter extra tandheelkundige zorg nodig. Daarom zou de ziektekostenverzekeraar haar meer moeten vergoeden dan de maximale jaarlijkse vergoeding voor tandheelkundige zorg.
- 4.4. Verzoekster gebruikt dagelijks meerdere geneesmiddelen, te weten Alfacalcidol en/of Fosavance (één keer per week), Ferrofumaraat, Ascal Brisper bruis, en Pantoprazol. Daarnaast gebruikt zij tijdelijk het geneesmiddel Primolut en - indien nodig - Paracetamol.

- 4.5. Haar huidige tandarts heeft verzoekster medegedeeld dat hij haar eerst zal behandelen als haar gebit weer volledig gezond is. De behandelend parodontoloog heeft een uitgebreid behandelplan opgesteld voor de rest van de behandeling. Deze behandeling kost echter veel geld en dit wordt door niemand vergoed. Ook kan verzoekster hiervoor geen lening afsluiten bij de Kredietbank Nederland. Als gevolg hiervan moet verzoekster ziek blijven, en blijft zij afvallen omdat zij onvoldoende kauwkracht heeft.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag laten beoordelen door zijn adviseurs. De betrokken zorgverlener is evenwel veel beter in staat de situatie van de patiënt in te schatten.
- 4.7. Verzoekster mag van de ziektekostenverzekeraar niet een uitgebreidere aanvullende verzekering voor mondzorg afsluiten. Voor een dergelijke verzekering is een tandheeskundige keuring vereist. Verzoekster heeft eind 2013 tweemaal geprobeerd deze verzekering af te sluiten, maar haar aanvraag is beide keren afgewezen vanwege haar gebitsproblemen.
- 4.8. Verzoekster kan de meerkosten van de tandheeskundige behandeling niet claimen bij de gemeente. In 2012 heeft verzoekster nog een klein bedrag van de gemeente ontvangen voor haar ziektekosten, maar in 2013 zijn de regels veranderd waardoor de gemeente thans geen tegemoetkoming meer verleent voor zorgkosten.
- 4.9. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunten herhaald. Zij heeft benadrukt dat zij een indicatie heeft voor de onderhavige behandeling en dat de ziektekostenverzekeraar daarom de kosten moet vergoeden. Haar oude tandarts heeft haar gedurende veertien jaar verteld dat er niets mis was met haar gebit. Nadat zij onder behandeling kwam van haar huidige tandarts, bleek echter van alles mis te zijn met haar gebit, en is zij voor een speciale behandeling verwezen naar de parodontoloog.
- 4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Vergoeding van tandheeskundige zorg ten laste van de zorgverzekering is mogelijk indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, en het gebit zonder de zorg de normale functie niet kan behouden of krijgen die het zonder de aandoening zou hebben gehad. De aandoening moet een ernstige functiestoornis opleveren, zoals oligodontie of een omvangrijke glazuuraantasting van niet-cariëuze aard. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Daarom heeft zij geen aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. De geneesmiddelen die verzoekster gebruikt hebben geen parodontaal botverlies tot gevolg. De Pantopraxol verlaagt het zuurgehalte in de maag, wat zorgt voor droogte in de mond, hetgeen in sommige gevallen kan leiden tot meer cariës en ontstekingen. Dit is echter met een goede mondhygiëne is te ondervangen.
- 5.3. Verzoekster heeft ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vergoeding van maximaal € 500,- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar ziet geen reden hierop een uitzondering te maken.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandelend tandarts verzoekster heeft verwezen naar een parodontologiepraktijk, omdat die zich in bepaalde tandheeskundige zorg heeft gespecialiseerd. Dit betreft echter geen bijzondere tandheeskunde zoals bedoeld in de zorgverzekering. Eventueel verwijtbaar handelen ligt niet bij de ziektekostenverzekeraar, maar bij de eerste tandarts van verzoekster.
- 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 de artikelen 2.12 van de zorgverzekering en 2.10 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 verzoekster aanspraak heeft op volledige vergoeding althans op een hoger bedrag dan € 500,-, voor een parodontologische behandeling, 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 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3.13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“a. Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, of recht op mondzorg door een kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

a. U heeft een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

U heeft daarnaast ook recht op (vergoeding van de kosten van) het aanbrengen van implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur (het gedeelte dat op het implantaat en boven het tandvlees zit) als u een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak heeft. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.

b. U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

c. U moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

(...)”

8.4. Artikel 3.13 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.

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 3.34 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"d. Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering recht op vergoeding van:

- mondzorg zoals genoemd in de Prestatielijst tandheelkundige zorg uitgegeven door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- materiaal- en techniekkosten;
- spoedeisende zorg in het buitenland.

(...)

Vergoeding

U heeft recht op een volledige vergoeding tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 3.13, dekking voor bijzondere tandheelkundige hulp 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. Gelet op de ontstaansgeschiedenis van artikel 2.7 Bzv, zoals verwoord in de Memorie van Toelichting, dient daarbij met name te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Artikel 2.7 Bzv ligt ten grondslag aan eerder genoemde polisbepaling.
- 9.2. Tijdens de procedure is gesteld noch gebleken dat bij verzoekster sprake is van één van de in 9.1 genoemde indicaties dan wel van een indicatie die hiermee in ernst vergelijkbaar is. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat de geneesmiddelen die verzoekster gebruikt geen parodontaal botverlies tot gevolg hebben. De commissie neemt dit als vaststaand aan, nu verzoekster dit niet gemotiveerd heeft bestreden. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op de onderhavige parodontologische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor mondzorg tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of in het geval van verzoekster hiervan dient te worden afgeweken.
- 9.4. De commissie overweegt dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen mogelijkheid biedt tot het toekennen van een hogere vergoeding voor mondzorg dan € 500,- per jaar. Ook niet als sprake is van een medisch noodzakelijke behandeling.
- 9.5. Ten aanzien van het argument van verzoekster dat zij gedurende veertien jaar weinig kosten heeft gedeclareerd voor mondzorg terwijl zij wel de volledige premie moest betalen, overweegt de commissie het volgende. Een verzekering wordt afgesloten met het doel een risico af te dekken dat de verzekerde niet zelf kan of wil dragen. In dit geval is het verzekerde risico beperkt tot € 500,- per kalenderjaar (2013). De premie die verzoekster is verschuldigd is hier op afgestemd. Dat verzoekster de bestaande dekking in voorafgaande jaren niet heeft hoeven aanspreken, maakt niet dat zij thans recht heeft op een hogere vergoeding. Hetzelfde geldt voor haar stelling dat de betaalde premie de uitkeringen overtreft.



Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 17 september 2014,



Voorzitter

