

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: geneeskundige zorg, mondzorg, bijzondere tandheelkunde
Zaaknummer	: ANO08.076
Zittingsdatum	: 26 maart 2008

VOORLEGGER

Zaak: ANO08.076 geneeskundige zorg, mondzorg, bijzondere tandheelkunde

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006 art. 11 Zvw, 2.7 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 12 oktober 2006 de kosten verbonden aan het chirurgisch behandelen van verdiepte pockets niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basis Verzekering Optimaal (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.
- 3.2. De behandelend tandarts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "lokaal gingivitis en lokaal parodontitis met ernstige furcatieaandoeningen". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg bestaande uit "verdiepte pockets parodontaal –chirurgisch behandelen, inclusief tuber- en/of trigonumcorrecties" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 8 november 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 18 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 januari 2008 datum aan verzoeker toegezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 februari 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 7 maart 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 28 januari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 25 februari 2008 zijn voorlopige advies gegeven en de commissie geadviseerd de aanspraak van verzoeker af te wijzen op grond van het ontbreken van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting van 29 februari 2008 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 26 maart telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 28 maart 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 1 april 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het hier gaat om een bijzondere medische indicatie. De problemen zijn ontstaan tengevolge van een nikkelallergie na het plaatsen van een beugel. Dit had ernstige ontstekingen tot gevolg. Het hierdoor sterk gezwollen tandvlees stond een effectieve gebitsreiniging in de weg. Een besmetting met vijf verschillende soorten bacteriën was hiervan het gevolg.
- 4.2. Verzoeker is van mening dat de gehele behandeling noodzakelijk is en moet worden vergoed ten laste van de basisverzekering, omdat sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis die uiteindelijk ertoe zal leiden dat hij alle tanden en kiezen kan verliezen en bovendien zijn algehele lichamelijke conditie risico loopt.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij verzoeker geen sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis of een verworven afwijking. Ten aanzien van de ernstige ontwikkelingsstoornis wordt opgemerkt dat dit uitgelegd moet worden als zijnde een ernstige stoornis in de ontwikkeling van de ver-

zoeker die vanuit hem zelf komt en niet wordt veroorzaakt door ziekten of andere van buiten de persoon komende oorzaken zoals in dit geval een bacteriële infectie.

- 5.2. De geconstateerde bacteriologische infectie kan leiden tot een aantasting van de lichamelijke, waaronder tandheelkundige, conditie en integriteit van verzekerde. De kosten van de benodigde antibioticakuur komen dan ook wel ten laste van de zorgverzekering.
- 5.3. Vanuit de aanvullende verzekering kan er vergoeding van 75% plaatsvinden met een maximum van €750 per kalenderjaar.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3 lid 1 van de zorgverzekering.

Artikel 18.13 lid 1 bepaalt voor zover van belang:

Lid 1 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

a. indien 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;

(....)

c. indien 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.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist vereist.

Artikel 18.13 lid 5 bepaalt voor zover van belang :

Tandheelkunde voor verzekerden ouder dan 18 jaar
Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c,
- chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.

- 7.2. De regeling in de artikelen 3 en 18.13 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, 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 van het Bzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of parodontaal chirurgische behandeling van lokaal gingivitis en lokaal parodontitis met ernstige furcatieaandoeningen onder bijzondere tandheelkunde valt.
- 7.6. Blijkens de toelichting op artikel 2.7 Bzv zijn de inhoud en omvang van de zorg onder de zorgverzekering gelijk aan de inhoud en omvang zoals die geregeld waren met de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering. Als voorbeelden van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking worden in deze toelichting “ oligodontie, schisis of oncologie met gedeeltelijke resectie van kaakdelen” genoemd. De bacteriële infectie van verzoeker is hiermee niet gelijk te stellen. De commissie stelt vast dat in de situatie van verzoeker een indicatie voor bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel 18.13 lid 1 van de zorgverzekering ontbreekt.
- 7.7. Uit de toelichting op artikel 8 van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering, welke gelijk is aan artikel 2.7 Bzv en artikel 18.13 van de zorgverzekering, blijkt dat sub c ziet op verzekerden voor wie tandheelkundige zorg een noodzakelijke voorwaarden is om de medische behandeling te laten slagen dan wel op verzekerden die ten gevolge van een medische behandeling tot de tandheelkundige risicopatiënten behoren, de zogenaamde medisch gecompromitteerde patiënten. Voor deze verzekerden zijn de kosten voor herstel van de tandheelkundige functie voor rekening van de zorgverzekeraar.
- 7.8. De commissie komt op grond van het dossier tot de conclusie dat verzoeker niet behoort tot de bovengenoemde groep verzekerden. De antibioticakuur is niet aan te merken als een medische behandeling als bedoeld in artikel 18.13 lid c daar deze onderdeel uitmaakt van de tandheelkundige zorg.
- 7.9. Aangezien de zorgverzekeraar reeds is overgegaan tot vergoeding van de antibioticakuur aan verzoeker, zal de commissie niet treden in een oordeel over de vergoedingsgrond hiervan.

- 7.10. Nu verzoeker niet voldoet aan het in artikel 18 lid 1 sub a tot en met c gestelde, komt op grond van artikel 18.13 lid 5 de parodontale chirurgie niet voor vergoeding in aanmerking.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 april 2008,

Voorzitter