

t
t
t
t,
t
t
t

BINDEND ADVIES

t

Partijen	A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak	Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, kronen en bruggen
Zaaknummer	2009.00926
Zittingsdatum	9 september 2009

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C, en

2) D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

De bestreden beslissing

2. Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 19 februari 2009 geen toestemming te geven voor het aanbrengen van kronen en bruggen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Collectief en Tandarts Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten. De Basis Collectief blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. De behandelend tandarts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "(...) een zeer dunne glazuurlaag van alle aanwezige elementen (zie OPT) met een ernstige abrasie van alle occlusale, buccale en palatinale cq linguale vlakken". De behandelend tandarts heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "in de maxilla Kroon- en Brugwerk. In de mandibula conuskronen op de aanwezige elementen met hierop een conusframe met een prothetische uitbreiding in het 3^e kwadrant" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 25 juni 2009 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).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 22 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juli 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 juli 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 23 juli 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 augustus 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29080853) de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de indicatie van verzoeker voor bijzondere tandheelkunde. Een afschrift van het CVZ-advies is op 25 augustus 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 september 2009 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat nadat hij is veranderd van tandarts is gebleken dat zijn gebit in dusdanig slechte staat verkeert dat de aangevraagde behandeling noodzakelijk is om een goede tandheelkundige functie te kunnen behouden. Bij hem is derhalve sprake van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel.
- 4.2. Verzoeker geeft voorts aan dat, in tegenstelling tot wat de ziektekostenverzekeraar aanvoert, bij hem door zijn vorige tandarts met regelmaat controles zijn uitgevoerd. Verzoeker is van mening dat hij niet deskundig genoeg is om te weten wat had moeten gebeuren om zijn gebit gezond te houden. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de afgelopen tien jaar nauwelijks kosten heeft hoeven vergoeden, vindt verzoeker het redelijk dat de kosten van de aangevraagde behandeling, ter hoogte van € 14.324,40, volledig worden vergoed. Indien de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt blijft, en de kronen en bruggen worden afgewezen, wenst verzoeker toestemming voor het aanbrengen van een uitneembare prothese op implantaten.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker geen aanspraak heeft op bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering. De thans voorliggende problematiek is veroorzaakt door nalatigheid van verzoeker. De meest passende oplossing zou zijn de elementen die niet behouden kunnen worden te trekken en een gebitsprothese aan te meten. De voorgestelde behandeling is onnodig kostbaar.
Met betrekking tot de aanspraak vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat een vergoeding mogelijk is van maximaal € 450,- per kalenderjaar.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

De bevoegdheid van de commissie

6. De commissie is 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.

De beoordeling van het geschil

7. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde behandeling te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

7.1.

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
Artikel 34 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op de mondzorg in bijzondere gevallen voor verzekerden van alle leeftijden. Het gaat om de zorg die noodzakelijk is omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;*
- u een niet-tandheerkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheerkundige 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 (...)"

Artikel 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 7.3. De artikelen 34 en 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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. Artikel 2.1 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts aanspraak heeft op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt allereerst vast dat bij verzoeker niet is gebleken van een ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Voorts is bij hem geen sprake van één van de situaties als bedoeld onder het eerste en tweede gedachtestreepje van artikel 34 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 7.7. Voor zover verzoeker stelt dat bij hem sprake is van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, overweegt de commissie het volgende. Bij de beoordeling of sprake is van een afwijking van het tand-kaak-mondstelsel in de zin van de regelgeving, wordt in het algemeen uitgegaan van de zogenoemde 'indicatieve lijst'. Deze is beschikbaar gesteld via de website van het CVZ. Bij verzoeker is geen van de op deze lijst genoemde situaties aan de orde, zodat moet worden aangenomen dat bij hem geen sprake is van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld in de regelgeving. Ondersteuning voor dit oordeel kan worden gevonden in het gegeven dat de situatie van verzoeker is ontstaan in de loop van tien jaar, zonder dat sprake is van enige ziekte aan de mond. Dat verzoeker destijds heeft gekozen voor een bepaalde tandarts die, naar hij nu stelt, niet deskundig was, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Verzoeker zal hierop, desgewenst, zijn vroegere tandarts moeten aanspreken, al dan niet in rechte. Ten overvloede merkt de commissie op dat de keuze voor gouden kronen vrijwel nooit doelmatig en steeds onnodig kostbaar moet worden bevonden.
- 7.8. Met betrekking tot een alternatieve behandeling, waarbij een uitneembare prothese op implantaten zal worden aangebracht, merkt de commissie op dat deze behandeling niet bij de ziektekostenverzekeraar is aangevraagd. Aangezien met betrekking hiertoe geen afwijzing en heroverweging hebben plaatsgevonden, kan de commissie in de beoordeling daarvan niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. Artikel 19 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden mondzorg algemeen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. (. . .)

Wij vergoeden de kosten van:

restauratieve voorzieningen (kronen, bruggen en inlays); en

*de daarmee samenhangende tandheelkundige verrichtingen door een tandarts; en
bijbehorende techniekkosten. (...)"*

In 'Deel 1: Vergoedingen overzicht per 01-01-2009' is bepaald dat mondzorg tot maximaal € 450,- per kalenderjaar wordt vergoed.

- 7.10. De commissie is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar reeds heeft aangegeven dat verzoeker recht heeft op vergoeding van maximaal € 450,- voor de door hem gewenste behandeling, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Eén en ander is in overeenstemming met artikel 19 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en met het vergoedingenoverzicht, zodat dit onderdeel van het geschil verder kan blijven rusten.

Conclusie

- 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, 23 september 2009,

Voorzitter