

Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Mondzorg, parodontale behandeling
Zaaknummer : 2007.02154
Zittingsdatum : 27 augustus 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2007.02154 (mondzorg, parodontale behandeling)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 Zvw en art. 2.7 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,
tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de zorgverzekeraar van 22 augustus 2007 en 25 januari 2008 de kosten van parodontale behandelingen ten laste van de zorgverzekering af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgZó verzekering (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, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verzoekster was tevens aanvullend verzekerd bij de zorgverzekeraar.
- 3.2. Verzoekster kampt met gegeneraliseerde parodontitis met enkele lokale diepere defecten. Tevens heeft verzoekster diabetes mellitus type 2, hetgeen een negatieve invloed heeft op haar gebitssituatie. In dit kader ondergaat verzoekster vier maal per jaar een parodontale behandeling bij een mondhygiënist. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van deze behandelingen ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 22 augustus 2007 en 25 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 11 oktober 2007, 11 februari en 5 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven .
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 7 mei 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het ver-

zoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 26 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 juli 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Bij brief van 2 juli 2008 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 4 juli 2008 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.9. Bij brief van 4 juli 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 juli 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen op de grond dat zij geen verzekeringsindicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 27 augustus 2008 gehoord, waarbij de zorgverzekeraar telefonisch aan de zitting heeft deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Tijdens de hoorzitting is door verzoekster aanvullende informatie overgelegd. De zorgverzekeraar is in vervolg op de hoorzitting in de gelegenheid gesteld op deze aanvullende informatie te reageren. Van deze mogelijkheid heeft de zorgverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 3.12. Bij brief van 2 oktober 2008 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 8 oktober 2008 de commissie meegedeeld 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij kampt met parodontitis, hetgeen haar leven lang zo zal blijven. De oorzaak is diabetes mellitus type 2. De pockets zijn onbereikbaar tijdens het tandenpoetsen, zodat de bacteriën die zich daar nestelen niet te verwijderen zijn. Hiervoor ondergaat zij parodontale behandelingen, hetgeen een preventieve werking heeft. Dit bespaart uiteindelijk veel tandartskosten. De behandelingen zijn voor haar medisch noodzakelijk.
- 4.2. Verder geeft verzoekster aan dat zij verkeerd is voorgelicht door de zorgverzekeraar over het aantal parodontale behandelingen dat per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking komt. Indien zij juist was voorgelicht, zou zij niet zijn overgestapt naar deze zorgverzekeraar. Ook wenst verzoekster dat in de zorgverzekering wordt opgenomen dat vier parodontale behandelingen per kalenderjaar worden vergoed.

- 4.3. De behandelend mondhygiënist van verzoekster geeft aan dat, gezien haar gebitssituatie en de diabetes mellitus, het zeer wenselijk is dat verzoekster vier maal per jaar een parodontale behandeling ondergaat. Op deze wijze kunnen de paropathogenen in de nog verdiepte pockets op een acceptabel niveau gehouden worden.
- 4.4. De behandelend tandarts van verzoekster geeft aan dat de verzoekster lijdt aan een niet-tandheelkundige lichamelijke aandoening, te weten diabetes mellitus type 2. Hierdoor kent haar parodontitis een sterk progressief verloop, dat slechts in toom kan worden gehouden door een straf recallregime door tandarts en mondhygiënist. Zonder deze extra hulp zal verzoekster haar tanden verliezen en geen tandheelkundige functie kunnen behouden gelijkwaardig aan die welke zij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar verwijst naar de zorgverzekering en de regelgeving en stelt dat verzoekster geen indicatie heeft op grond waarvan zij aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkundige hulp, waaronder de parodontale behandeling valt. Bij verzoekster is geen sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel.
- 5.2. Verder heeft de adviserend tandarts van de zorgverzekeraar aangegeven dat de diabetes van verzoekster gereguleerd is, waardoor niet gezegd kan worden dat een verband bestaat tussen deze ziekte en haar parodontitisprobleem.
- 5.3. Tot slot geeft de zorgverzekeraar aan dat niet gesteld of bewezen is dat de medische behandeling van de diabetes van verzoekster zonder de gevraagde bijzondere tandheelkundige behandeling onvoldoende uitzicht biedt op een goed resultaat. Ook om deze reden, komen de parodontale behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de basisverzekering.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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 een vrije keuze heeft van zorgaanbieders. Mondzorg zoals tandartsen plegen te bieden is geregeld in artikel 8.7 van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt dat mondzorg slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is:

"e. indien 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;
b. indien verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
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.

7.2. Artikel 8.7 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en het door verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.

7.3. 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 verzekerd 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. Waar het gaat om mondzorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.7 Besluit zorgverzekering (Bzv). Dit artikel bepaalt dat slechts aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

"e. indien 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;
b. indien verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
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.

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 op bij verzoekster sprake is van een indicatie op grond waarvan zij aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkundige hulp, bestaande uit vier parodontale behandelingen per kalenderjaar.

7.6. De Nota van toelichting op artikel 2.7 Bzv vermeldt dat de inhoud en de omvang van de zorg gelijk zijn aan de inhoud en de omvang zoals die geregeld waren in de artikelen 8 en 9 van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering. In de toelichting op deze regeling wordt bepaald dat het in dit kader om zeer ernstige tandheelkundige afwijkingen dient te gaan, waarvan een aantal voorbeelden wordt gegeven. In dit verband worden met name oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen genoemd. Eveneens bepaalt de toelichting dat het bij tandheelkundige hulp aan verzekerden met een niet-

tandheelkundige lichamelijke aandoening veelal gaat om bijzondere toepassingsvormen van het uitoefenen van de normale tandheelkunde, waarbij te denken is aan gedragswetenschappelijke begeleidingen en medicamenteuze-, intraveneuze- en inhalatiesedatie en narcose. Gedacht wordt daarbij aan epileptici, ruminerende patiënten, patiënten met bepaalde stoornissen van het bewegingsapparaat, die door middel van met de mond te bedienen apparatuur hun handicap deels kunnen compenseren en spastische patiënten.

- 7.7. Gelet op het hiervoor overwogene, concludeert de commissie dat in het onderhavige geval niet is gebleken van een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp als bedoeld in artikel 8.7 lid 1 onder a van de zorgverzekering. Naar uit de toelichting op de onderliggende wetgeving blijkt, kan een tandheelkundige behandeling immers alleen op basis van dit artikel worden vergoed in zeer ernstige gevallen. Daarvan is in de situatie van verzoekster geen sprake. Zij lijdt aan parodontitis, hetgeen qua ernst niet vergelijkbaar is met de door de wetgever genoemde voorbeelden.
- 7.8. Tevens vormt parodontitis eveneens, op grond van het onder 7.6 overwogene, geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 8.7 onder b van de zorgverzekering. Uit de Nota van toelichting op de onderliggende wetgeving blijkt immers, dat het bij tandheelkundige hulp in het geval van een lichamelijke aandoening dient te gaan om specifieke lichamelijke aandoeningen, die het verlenen van normale tandheelkundige hulp door de tandarts, bemoeilijken. Zulks is in de situatie van verzoekster niet aan de orde.
- 7.9. Dat de behandeling van diabetes mellitus zonder de parodontale behandelingen aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben is in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Een indicatie als bedoeld in artikel 8.7 lid 1 onder c van de zorgverzekering ontbreekt derhalve.
- 7.10. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de zorgverzekeraar haar verkeerd heeft ingelicht, constateert de commissie dat uit de stukken niet concreet blijkt waaruit deze verkeerde voorlichting heeft bestaan. Het voor die stelling aangevoerde kan derhalve alleen alom die reden niet de conclusie dragen dat verzoekster, in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering, wel recht heeft op vergoeding van de kosten van de parodontale behandelingen.
- 7.11. Tot slot heeft verzoekster aangegeven dat zij wenst dat in de polisvoorwaarden wordt opgenomen dat vier parodontale behandelingen per kalenderjaar worden vergoed. De commissie merkt hierover op dat de zorgverzekering gebaseerd is op de Zvw en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten. Alleen de wetgever kan uitbreiding geven aan de verzekerde prestaties. De commissie is daartoe niet bevoegd.
- 7.12 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 oktober 2008,

Voorzitter