

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: Mondzorg, implantaten
Zaaknummer	: 2009.00604
Zittingsdatum	: 9 september 2009

Zaak: 2009.00604 (mondzorg, implantaten)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 28 oktober 2008 de aanvraag voor een implantaatbehandeling van de bovenkaak af te wijzen.

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 [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beperkte Aanvullende Verzekering en Basis Tand afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vormt geen onderwerp van geschil. Deze blijft in het vervolg daarom 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: "adulte parodontitis met diverse ernstige furcatie aandoeningen". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de intussen uitgevoerde implantaatbehandeling van de boven- en onderkaak, waarbij de hoogte van de vergoeding zijns inziens zou moeten overeenkomen met "de vergoeding die gegeven wordt indien de behandeling zou hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis door een aan dit ziekenhuis verbonden chirurg", een en ander ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak, althans voor zover het de behandeling van de bovenkaak betreft, is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medege-

deelt zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat verzoeker is opgeroepen voor het spreekuur van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar. Naar aanleiding van diens bevindingen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de afwijzing ten aanzien van de behandeling van de bovenkaak te handhaven. De indertijd eveneens aangevraagde behandeling van de onderkaak werd alsnog afgewezen. Volgens de ziektekostenverzekeraar was het niet nodig deze afwijzing formeel vast te leggen, aangezien verzoeker door de adviserend tandarts al uitleg was gegeven.
- 3.5. Bij brief van 26 mei 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de implantaatbehandeling van de boven- en onderkaak te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering (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 14 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 juli 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 juli 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. Na ontvangst van het CVZ-advies heeft verzoeker bij brief van 21 augustus 2009 medegedeeld dat de zaak op basis van de aanwezige stukken kon worden afgedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld eveneens geen prijs te stellen op het geven van een mondelinge toelichting.
- 3.9. Bij brief van 16 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 19 augustus 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29078666) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor het gevraagde. Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 augustus 2009 aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij tussen 1984 en 2007 elk halfjaar voor controle bij de tandarts is geweest. Na een aantal doorverwijzingen bleek de staat van zijn gebit evenwel veel slechter dan hij vermoedde. Zo bleek sprake te zijn van ernstige resorptie en aantasting van het kaakbot. Een implantaatbehandeling was dan ook geïndiceerd. Volgens verzoeker heeft hij recht op een kauwfunctie die gelijkwaardig is aan die, welke hij zou hebben gehad als de voornoemde aandoeningen zich niet zouden hebben voorgedaan. Indien dit recht alleen voor "gehandicapten" zou hebben te gelden, is dit naar het oordeel van verzoeker discriminatie.

- 4.2. Voor zover de bovenkaak aan de orde is, verklaart verzoeker dat de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar tijdens het spreekuurbezoek tegen hem heeft gezegd dat een aanvraag voor een prothese op implantaten zou zijn gehonoreerd, maar dat de juristen ter zake reeds anders hadden besloten. Naar de mening van verzoeker zou de ziektekostenverzekeraar daarom in ieder geval de kosten van vier implantaten en van een uitneembare prothetische voorziening – de “standaard kosten” – moeten vergoeden.
- 4.3. Waar het gaat om de behandeling van de onderkaak, meent verzoeker dat hij in redelijkheid ervan mocht uitgaan dat geen belemmeringen bestonden. Volgens verzoeker is de ziektekostenverzekeraar in gebreke gebleven en dient hij daarom de betreffende kosten volledig te vergoeden.
Subsidiar vraagt verzoeker een vergoeding op basis van 75 percent van de gemaakte kosten.
- 4.4. 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 niet voldoet aan de geldende vereisten in de toepasselijke polisvoorwaarden. Met name ontbreekt een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Verder dienen de implantaten in de bovenkaak als steun voor een vaste prothetische voorziening. Tot het vergoeden van de kosten van een uitneembare prothetische voorziening ziet de ziektekostenverzekeraar geen grond, nu een dergelijke voorziening niet is vervaardigd en geplaatst.
De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor het feit dat verzoeker aanvankelijk geen beslissing heeft ontvangen voor het deel van de behandeling dat betrekking heeft op de onderkaak. Ook daarvoor geldt echter dat niet is voldaan aan de geldende voorwaarden.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. De beoordeling van het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door verzoeker ondergane tandheelkundige behandeling van de boven- en onderkaak te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 29.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen bestaat. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, aldus:

“Omschrijving:

Zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. *als 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 hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan; (...)*

De zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1, omvat ook het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. (...)

Machtiging:

ja.(...)”

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 77 een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 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, waaronder tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in artikel 2.4 van de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Om voor vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde in aanmerking te komen geldt blijkens de toepasselijke bepaling in de zorgverzekering, de eis dat sprake dient te zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. 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. Voor het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur geldt daarbij de eis dat sprake dient te zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en dat het tandheelkundig implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- 7.7. Gelet op het voorgaande ontbreekt in de situatie van verzoeker een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Bovendien worden de zes implantaten in de bovenkaak aangebracht ter bevestiging van een vaste prothese. Voor de onderkaak geldt dat, naast het ontbreken van een indicatie, deze niet tandeloos is en dat de implantaten zijn aangebracht als steun voor een tweetal brugconstructies. Zowel ten aanzien van de bovenkaak als de onderkaak is derhalve niet voldaan aan de voorwaarden van artikel 29.2 van de zorgverzekering. Nu geen aanspraak bestaat op de implantaatbehandeling, komen ook de kosten van de prothetische voorzieningen niet voor vergoeding in aanmerking. Evenmin valt in te zien dat de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de polisvoorwaarden, gehouden zou zijn de (gestelde) goedkopere voorziening wel te vergoeden.

- 7.8. De vraag is vervolgens of de uitkomst met betrekking tot de onderkaak anders dient te zijn, aangezien de ziektekostenverzekeraar zich bij zijn afwijzing aanvankelijk heeft beperkt tot de behandeling van de bovenkaak. In dit verband is door verzoeker gesteld dat hij in redelijkheid ervan mocht uitgaan dat op dit punt geen belemmeringen bestonden. De commissie overweegt dienaangaande het volgende.
- 7.9. Vast staat dat op grond van artikel 29.2 van de zorgverzekering een machtiging is vereist. Een dergelijke machtiging is niet voorafgaande aan de behandeling aangevraagd. Bij brief van 5 juli 2008 heeft verzoeker de nota's ingediend van de op dat moment al uitgevoerde behandelingen. Door met de behandelingen aan te vangen zonder dat de vereiste machtiging was afgegeven, heeft verzoeker het risico aanvaard dat de kosten van de behandelingen voor zijn rekening zouden blijven. De enkele omstandigheid dat vervolgens alsnog een aanvraag is ingediend (bij brief van 2 september 2008) waarop aanvankelijk bij brief van 28 oktober 2008 een onvolledige reactie is gekomen, kan niet tot de conclusie leiden dat van risicoaanvaarding door verzoeker niet langer sprake zou zijn.
- 7.10. 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