

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Mondzorg, implantaten, lichen planus
Zaaknummer : 2013.01580
Zittingsdatum : 18 december 2013

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Tandarts Polis drie sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Beter Af Plus Polis vier sterren afgesloten.

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De verzekering Beter Af Plus Polis vier sterren is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vier implantaten met daarop te bevestigen kronen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 december 2011 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 27 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 9 juni 2013 heeft verzoekster 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).

3.4. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 31 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 22 oktober 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 november 2013, door de commissie ontvangen op 26 november 2013, (zaaknummer 2013130423) heeft het CVZ 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 tandheelkundige zorg. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 november 2013 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 19 december 2013 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 16 januari 2014 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend kaakchirurg heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“pockets distaal van de 17 alsmede een toegankelijke bifurcatie 46. Sterk gemutileerde 35. (...) het voorstel is om de 17, 35 en de 46 te verwijderen. Nadien het plaatsen van implantaten in de regio 35/36 en respectievelijk 46. (...) gezien het feit dat patiënte bekend is met lichen planus is een uitneembare voorziening in dit geval zeker niet de eerste keuze. Met name ook om deze reden wordt gekozen voor een implantaat gedragen constructie. (...)”*
- 4.2. Verzoekster kreeg in oktober 2011 van haar kaakchirurg het advies implantaten te laten aanbrengen, met daarop bevestigd een viertal kronen. Zij heeft hiervoor toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, welk verzoek is afgewezen. Nadat zij hierover een klacht had ingediend, werd verzoekster opgeroepen op het spreekuur van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar. Dit bezoek vond plaats op 24 januari 2012. De adviserend tandarts constateerde ook lichen planus en zou dit doorgeven aan de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Aangezien verzoekster nadien niets meer van de ziektekostenverzekeraar vernam, ging zij ervan uit dat zij een vergoeding zou ontvangen. Omdat haar onderkaak moest herstellen van een ingreep, konden de implantaten niet eerder dan in maart 2013

worden geplaatst. Na indiening van de declaratie werd vergoeding door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

4.4. Verzoekster stelt dat de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar mondeling heeft toegezegd of in ieder geval heeft doen voorkomen dat de kosten zouden worden vergoed. Ook heeft zij geen schriftelijke bevestiging van het gesprek ontvangen, met een afwijzing. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden de kosten te vergoeden.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In het verslag van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar staat dat aan verzoekster de voorwaarden voor vergoeding vanuit de zorgverzekering met betrekking tot implantaten zijn uitgelegd. De adviserend tandarts constateerde op dat moment geen afwijkingen aan het mucosa (wangslimvlies). In de bovenkaak bij de eerste grote kies rechtsboven en bij de eerste grote kies linksboven zag de adviseerend tandarts wat kleine plekje. De afwijkingen waren echter zo miniem dat volgens hem alleen aan de hand van een biopsie en laboratoriumonderzoek vastgesteld kon worden of sprake was van lichen planus. Het advies aan de ziektekostenverzekeraar was de aanvraag af te wijzen.

5.2. Omdat de tandarts verzoekster na afloop van het spreekuur liet weten dat zijn advies handhaving van de afwijzing was, stuurde de ziektekostenverzekeraar haar niet opnieuw een afwijzing.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-

gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 39.1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op implantaten bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“39.1 Implantaten

U heeft aanspraak op tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Voorwaarden

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid. De aanvraag moet zijn ingediend door een kaakchirurg, een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.(...)”

- 8.4. Artikel 39.1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 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. De aanvullende ziektekostenverzekering regelt met betrekking tot mondzorg, voor zover hier van belang, het volgende:

“Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of een door ons gecontracteerde tandprotheticus. Een lijst met gecontracteerde tandprothetici kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%.

Mondhygiëne, kleine vullingen en sealing mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts. Een mondhygiënist kan, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel M-codes als T-codes (parodontologische behandelingen) declareren. Wanneer een mondhygiënist T-codes declareert, dan krijgt u een vergoeding van 75% bij een Beter Af Tandarts Polis met 1, 2 of 3 sterren, met inachtneming van de totale maximale vergoeding.

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor 75% wanneer u een Beter Af Tandarts Polis met 1, 2 of 3 sterren heeft en voor 100% wanneer u een Beter Af Tandarts Polis met 4 sterren heeft. Behandeling van tandvleesaandoeningen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist.

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende codes:

C70 en C75 (keuringsrapporten) en C90 (niet nagekomen afspraak);

E97, E98 en E00 (uitwendig bleken van tanden en kiezen);

G71, G72 en G73 (Mandibulair Repositie Apparaat (MRA));

D-codes (orthodontie);

Z-codes (abonnementen).(...)

Beter Af Tandarts Polis 3 sterren

– C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%

– overige codes: 75%

– totale vergoeding is maximaal € 900,- per persoon per kalenderjaar. (...)

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt, gelet op artikel 39.1, dekking voor implantaten bij een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat zonder de tandheelkundige hulp geen tandheelkundige functie kan worden behouden of verkregen, die gelijk is aan de functie die had bestaan als de aandoening zich niet had voorgedaan. Blijkens de toelichting op de onderliggende regelgeving moet hierbij worden gedacht aan een ernstige aandoening, zoals schisis.
- 9.2. Lichen planus is, gelet op het advies van het CVZ van 6 november 2013, geen ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, zodat verzoekster op deze grond geen aanspraak heeft op het aanbrengen van implantaten met daarop te bevestigen kronen, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Aangezien bij verzoekster evenmin sprake is van een ernstig geslonken tadeloze kaak, én de implantaten niet dienen ter bevestiging van een uitneembare volledige prothese, heeft verzoekster ook op basis van die (verzekerings)indicatie geen aanspraak op het aanbrengen van implantaten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding van 75 percent van de kosten van implantaten en kronen, tot een maximum van € 900,-- per kalenderjaar, voor zover dit bedrag nog niet vanwege eerdere tandheelkundige kosten is benut. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Mondelinge toezegging

- 9.5. Verzoekster stelt dat door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar lichen planus is geconstateerd en dat door hem de indruk is gewekt dat zij aanspraak heeft op implantaten ten laste van de zorgverzekering. Zij heeft haar stelling niet met stukken onderbouwd, en uit het verslag van de adviserend tandarts van het spreekuurbezoek blijkt het tegendeel. De commissie ziet dan ook geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar, op basis van de door verzoekster gestelde mondelinge toezegging, te verplichten de kosten van het aanbrengen van de implantaten en de kronen te vergoeden.

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, 29 januari 2014,

Voorzitter