

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Mondzorg, implantaten
Zaaknummer : 2011.01060
Zittingsdatum : 28 september 2011

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

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

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV ComfortPlus en Tand Compact afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op tandheelkundige implantaten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Met het klachtenformulier van 28 april 2011 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).

3.4. 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.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juli 2011 aan verzoeker gezon-

den.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 juli 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 september 2011 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 20 juli 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011076766) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor de gevraagde behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 september 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 4 oktober 2011 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 6 oktober 2011 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 verzoeker

- 4.1. De behandelend tandarts heeft ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend voor implantologie. Uit de bijgevoegde begroting blijkt dat verzocht wordt om een machtiging voor het plaatsen van twee implantaten in de bovenkaak en de daarop te bevestigen prothese.
- 4.2. Verzoeker is naar aanleiding van voornoemde aanvraag door de ziektekostenverzekeraar opgeroepen op het spreekuur van diens tandheelkundig adviseur. De tandheelkundig adviseur heeft verzoeker direct bij aanvang van het spreekuurbezoek verteld dat hij niet begreep dat verzoeker was opgeroepen, omdat de aanvraag geen enkele kans van slagen had. Verzoeker heeft na het spreekuur telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om zijn ongenoegen te uiten. Verzoeker heeft een hele discussie met de betreffende medewerkster gehad, maar heeft geen bevredigend antwoord gekregen. Hij is bovendien niet correct te woord gestaan.
- 4.3. Verzoeker vraagt zich af hoe ver zijn kaak nog moet slinken voordat hij in aanmerking komt voor implantaten. De ernstig geslonken kaak is niet het enige toetsingscriterium, maar de ziektekostenverzekeraar kijkt niet naar de overige criteria.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij bij de tandarts is geweest, waarbij is gesproken over implantaten. De tandarts zei dat verzoeker de kosten daarvan waarschijnlijk zelf zou moeten dragen. Omdat hij dit niet wilde, heeft verzoeker contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Deze deelde hem mede dat wel een vergoeding zou plaatsvinden, maar dat daarvoor een aanvraag diende te

worden ingediend. De door verzoeker geconsulteerde implantoloog heeft foto's gemaakt en kwam tot de conclusie dat sprake was van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Daarvoor was eerst kaakopbouw nodig. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij reeds twintig jaar tandeloos is. Ook de prothese draagt hij sinds die tijd. Verzoeker verklaart voorts dat de prothese er vooral bij het lachen snel uitvalt.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van artikel 2.7, lid 2 Bzv bestaat aanspraak op implantaten indien sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Nu bij verzoeker geen sprake is van een ernstig geslonken kaak, komen de aangevraagde implantaten niet voor vergoeding in aanmerking.

5.2. De tandheelkundig adviseur heeft verzoeker aan het begin van het spreekuur uitgelegd dat hij in verband met een zorgvuldig onderzoek is opgeroepen op het spreekuur, omdat uit de aanvraag niet bleek of verzoeker aan de polisvoorwaarden voldeed. Pas na het onderzoek heeft de tandheelkundig adviseur verzoeker uitgelegd waarom de aanvraag voor implantaten in de bovenkaak zou worden afgewezen. Verzoeker heeft na het spreekuurbezoek telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De betreffende medewerkster heeft verzoeker correct te woord gestaan en heeft getracht hem uitleg te geven over de regeling en de procedures. Ook zij heeft het gesprek als onplezierig ervaren.

5.3. Uit de e-mails van de behandelend tandarts aan de tandheelkundig adviseur blijkt dat verzoeker vooraf door de tandarts is geïnformeerd over de voorwaarden die gelden voor vergoeding van de kosten van de onderhavige zorg.

5.4. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van 75 percent van de kosten tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. Tot 9 juli 2011 was op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering een bedrag van € 100,99 aan verzoeker vergoed voor tandheelkundige zorg.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van implantaten, 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.
- Artikel 12 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"a Implantaten

Omschrijving: aanspraak bestaat op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er dient sprake te zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

(...)

d Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen (niet vallend onder a, b of c)

Omschrijving: tandheelkundige zorg die noodzakelijk is, indien:

1 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;

2 de 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;

3 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.

(...)"

- 8.3. Artikel 12 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 verzekerde 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.
- Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van be-

lang:

*“100% vergoeding voor consulten (C-codes) en preventie en mondhygiëne (M-codes);
75% vergoeding voor de overige behandelingen.
Gezamenlijk tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar
(inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten).
(...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Door verzoeker is betoogd dat, waar het gaat om de beoordeling van de aanvraag voor een implantaatbehandeling, de aanwezigheid van een ernstig geslonken tandeloze kaak niet het enige criterium vormt. Dit betoog is in zoverre juist aangezien op grond van artikel 12 onder d van de ‘Lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering aanspraak bestaat op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten als sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking 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. Uit de aan de commissie overgelegde stukken is niet gebleken dat bij verzoeker sprake is van een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel die in ernst te vergelijken is met één van bovengenoemde aandoeningen.
- 9.2. Daarnaast bestaat op grond van artikel 12 onder a van de zorgverzekering aanspraak op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Uit de aan de commissie overgelegde stukken is niet gebleken dat verzoeker aan dit criterium voldoet. Hij is weliswaar edentaat, maar zijn kaak is niet ernstig geslonken. Daarom dient het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 75 percent van de kosten tot een bedrag van maximaal € 250,- per kalenderjaar. Kennelijk zijn door verzoeker ter zake al kosten geclaimd, zodat hij thans alleen nog aanspraak kan maken op hetgeen van genoemde maximale vergoeding resteert.

Bejegening

- 9.4. Ten aanzien van de klacht van verzoeker over de bejegening kan de commissie geen uitspraak doen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 oktober 2011,

Voorzitter