

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C tegen D en E , beide te F
Zaak : Mondzorg, eigen bijdrage volledige prothese
Zaaknummer : 201302247
Zittingsdatum : 29 januari 2014

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 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7, 2.16a Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C,
tegen

1) D te F, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Vrije Keuze Zorgplan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vrije Keuze Optifit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster medegedeeld dat een bedrag van € 300,-- van haar wordt gevorderd, zijnde de eigen bijdrage voor een volledige gebitsprothese.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 24 augustus 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de eigen bijdrage ten bedrage van € 300,-- van haar vordert (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 stukken gevoegd.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 december 2013 aan verzoekster gezonden.

3.6. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 18 december 2013 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gezonden.

3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 9 januari 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze reactie is aan verzoekster gezonden.

3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 december 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 januari 2014 telefonisch medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster bestrijdt de vordering van de ziektekostenverzekeraar ten bedrage van € 300,-- ter zake van de eigen bijdrage voor een volledige gebitsprothese. Hiertoe voert zij het volgende aan. De behandelend kaakchirurg en tandprotheticus zijn tot de conclusie gekomen dat het aanbrengen van implantaten de enige oplossing was voor het tandheelkundige probleem van verzoekster. Er is hiervoor een begroting ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, waarna een afwijzing volgde. Volgens de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar moest eerst een volledige gebitsprothese worden vervaardigd. Verzoekster heeft hiertegen bezwaar gemaakt, aangezien dit extra kosten met zich zou brengen en dit een onnodige belasting voor haar zou zijn. De ziektekostenverzekeraar bleef echter bij zijn standpunt. Om de impasse te doorbreken is uiteindelijk toch een volledige gebitsprothese vervaardigd. Zoals verwacht, bracht dit niet de oplossing voor het tandheelkundige probleem, en de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar gaf nadien alsnog toestemming voor het aanbrengen van implantaten. Van verzoekster werd tot haar grote verbazing de eigen bijdrage voor de volledige gebitsprothese ten bedrage van € 300,-- gevorderd. Verzoekster stelt dat deze prothese overbodig was, en dat zij niet om deze extra kosten heeft gevraagd. Het is volgens haar onredelijk en onbegrijpelijk dat de eigen bijdrage is verschuldigd.

4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de prothese kan worden omgevormd door de tandprotheticus. Verzoekster merkt hierover op dat dit niet altijd technisch uitvoerbaar is. Hoewel uiteraard wordt gestreefd naar omvorming van de prothese, is niet met zekerheid te zeggen dat dit kan. Het heeft de voorkeur - indien mogelijk - om pas op het verzoek te beslissen als hierover duidelijkheid bestaat.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering is een verzekering van overheidswege waarvoor de overheid voor het grootste gedeelte het financiële risico draagt. De voorwaarden worden bepaald door de overheid. De ziektekostenverzekeraar kan hieraan zelf geen invulling geven; hij wordt gecontroleerd of de zorgverzekering op de juiste wijze wordt uitgevoerd.

In het Besluit zorgverzekering en de daarop gebaseerde polisvoorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een machtiging voor het plaatsen van implantaten wordt afgegeven indien sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en als de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare gebitsprothese. In artikel 17 lid 6 van de zorgverzekering is vermeld dat bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- en/of onderkaak de ziektekostenverzekeraar 75% van de kosten hiervan vergoedt.

5.2. Op 25 september 2012 ontving de ziektekostenverzekeraar een aanvraag van de kaakchirurg. Bij deze aanvraag was een röntgenfoto gevoegd waarop te zien is dat sprake is van een redelijke kaakhoogte. Zodoende bestond bij verzoekster geen zeer ernstig geslonken tandeloze kaak, en werd de aanvraag afgewezen. Verzoekster was het hier niet mee eens en heeft contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Naar aanleiding hiervan is de kwestie voorgelegd aan de tandheelkundig adviseur. Deze heeft uitgebreid (telefonisch) gesproken met verzoekster en heeft

geadviseerd eerst voor een goede prothese te kiezen, en indien nodig, een nieuwe aanvraag in te dienen voor implantaten. Een en ander is bij brief van 15 januari 2013 aan verzoekster bevestigd. Hierin is vermeld dat is afgesproken dat een nieuwe volledige gebitsprothese wordt vervaardigd. Doorgaans vindt drie tot zes maanden na de vervaardiging een evaluatie plaats. Indien uit de evaluatie blijkt dat geen retentie meer kan worden verkregen, bestaat de mogelijkheid een aanvraag in te dienen voor het aanbrengen van implantaten. Op 4 februari 2013 heeft de tandheelkundig adviseur gesproken met de zorgverlener over de afwijzing inzake de implantaten. Er is afgesproken dat de zorgverlener eerst een volledige prothese zou maken. Eventueel kon verzoekster daarna een afspraak maken voor het spreekuur van de tandheelkundig adviseur, indien de nieuwe prothese niet zou voldoen. Op 13 juni 2013 deed de tandprotheticus een verzoek aan de tandheelkundig adviseur om verzoekster op te roepen voor het spreekuur. De tandprotheticus wilde hierbij zelf ook graag aanwezig zijn. Dit bezoek heeft plaatsgevonden, en naar aanleiding hiervan heeft verzoekster een machtiging gekregen voor de plaatsing van twee implantaten.

- 5.3. De nota van de volledige gebitsprothese bedraagt € 1.200,--. Conform de voorwaarden heeft verzoekster recht op vergoeding van 75% van deze kosten, te weten € 900,--. De eigen bijdrage bedraagt € 300,--. Verzoekster stelt dat zij dit bedrag teveel heeft betaald, omdat de prothese niet voldeed. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat wanneer verzoekster direct een prothese op implantaten had gekregen, een eigen bijdrage van € 125,-- per kaak in rekening zou zijn gebracht, zijnde in totaal € 250,--. Het verschil is derhalve € 50,--. In dit geval hoeft verzoekster deze eigen bijdrage van € 250,-- niet te betalen, omdat de volledige gebitsprothese door de tandprotheticus kan worden omgevormd. Deze prothese is dus niet voor niets aangeschaft.
- 5.4. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat het geschil een principekwestie is geworden. De prothese voor de onderkaak had als mal voor het plaatsen van de implantaten gebruikt kunnen worden. In de implantologie is daar een aparte code voor (proefopstelling). Wat overblijft is het verschil in eigen bijdrage voor een uitneembare prothese en voor een prothese op implantaten. Onderhavige problematiek is grotendeels ontstaan door het advies van de betreffende zorgverleners en hun kennis van de wet- en regelgeving. Als de commissie zich op het standpunt stelt dat iedere noodprothese mag worden ondersteund door implantaten scheelt dat weliswaar veel discussie, maar dit is niet conform de wet- en regelgeving.
- 5.5. Het is begrijpelijk dat verzoekster teleurgesteld is dat in eerste instantie geen toestemming is verleend voor het plaatsen van implantaten, en dat zij is geconfronteerd met eerdergenoemde eigen bijdrage. Ook begrijpt de ziektekostenverzekeraar dat de procedure belastend is voor verzoekster en dat het vervelend is dat zoveel van haar wordt gevraagd. Echter, het recht op vergoeding ten laste van de zorgverzekering is correct beoordeeld. Er had niet anders gehandeld kunnen worden.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. Gelet op artikel 10 van "Deel A - 1" van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
 - 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht € 300,-- van verzoekster vordert, zijnde de eigen bijdrage voor een volledige gebitsprothese.
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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 26 van "Deel B Omvang Dekking" van de zorgverzekering. Artikel 17 van "Deel B Omvang Dekking" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg. [Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt alleen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
1. *als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening (...)*

lid 2 [Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt ook de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Het implantaat moet dienen voor bevestiging van een uitneembare prothese. De suprastructuur is het gedeelte op het implantaat dat boven het tandvlees zit.

(...)

lid 5 Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

(...)

2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

lid 6 Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak vergoedt [naam ziektekostenverzekeraar] 75% van de kosten voor een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

(...)"

- 8.3. Artikel 17 van "Deel B Omvang Dekking" van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van "Deel A - 1" 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. In artikel 2.16a Bzv is bepaald dat een verzekerde van achttien jaar of ouder een eigen bijdrage betaalt voor de mondzorg als bedoeld in artikel 2.7 lid 1, en lid 5 onderdeel b Bzv.
- 8.5. 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.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 17 van "Deel B Omvang Dekking", aanspraak op bijzondere tandheelkunde, waaronder het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en een verzekerde zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan (lid 1). Daarnaast bestaat aanspraak op implantaten indien sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese (lid 2).

9.2. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor het plaatsen van twee implantaten in de onderkaak. Bij brief van 17 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar deze aanvraag afgewezen op de grond dat geen sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak (de brief vermeldt "bovenkaak", maar de commissie gaat ervan uit dat de ziektekostenverzekeraar hier de onderkaak heeft bedoeld). Nadien heeft contact met de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. Deze heeft het standpunt dat geen machtiging wordt afgegeven voor de implantaten bevestigd, en heeft met verzoekster afgesproken dat eerst een volledige gebitsprothese wordt vervaardigd. Een en ander is schriftelijk bevestigd bij brief van 15 januari 2013.

Het is op deze plaats van belang op te merken dat verzoekster van meet af aan heeft geprotesteerd tegen de mogelijkheid van een volledige gebitsprothese. Desalniettemin is de volledige gebitsprothese vervaardigd en geplaatst. Voorts is halverwege 2013 door de ziektekostenverzekeraar kennelijk geoordeeld dat inmiddels wel een machtiging kon worden afgegeven voor de implantaten. In de heroverweging van 19 juni 2013 wordt immers vermeld "*(...) dat wij in eerste instantie geen toestemming hebben kunnen verlenen voor het plaatsen van implantaten (...)*". Bij brief van 12 augustus 2013 is de machtiging voor het plaatsen van twee implantaten in de onderkaak alsnog verstrekt. Intussen is de eigen bijdrage voor de volledige gebitsprothese ten bedrage van € 300,- van verzoekster gevorderd. Zij heeft genoemd bedrag reeds voldaan.

9.3. De commissie is van oordeel dat voormelde gang van zaken, zoals hiervoor beschreven, niet logisch is. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie heeft geoordeeld dat geen indicatie voor het aanbrengen van twee implantaten - in de vorm van een ernstig geslonken tandeloze kaak - bestond, en dat hij in een tijdsbestek van ongeveer een half jaar dit standpunt heeft moeten herzien. Onwaarschijnlijk is dat de toestand van de reeds edentate onderkaak in zo korte tijd zodanig is verslechterd. In dit kader is nog van belang dat indertijd contact met de tandheelkundig adviseur heeft plaatsgevonden, zodat deze zich zelf een oordeel heeft kunnen vormen van de gebitssituatie van verzoekster. Gevolg van een en ander is dat zij thans wordt geconfronteerd met extra kosten ten bedrage van € 300,-, te weten de eigen bijdrage voor de volledige gebitsprothese. Deze prothese was onnodig, en bovendien heeft dit voor een extra belasting van verzoekster gezorgd. Het is om die reden, in het licht van de omstandigheden van het geval, niet reëel bedoelde eigen bijdrage van verzoekster te vorderen. Echter, zoals de ziektekostenverzekeraar veronderstelt, is het wellicht mogelijk de huidige prothese om te vormen tot een klikprothese. Verzoekster is voor een zodanige klikprothese een eigen bijdrage verschuldigd van € 250,-, zodat zij recht heeft op vergoeding van het verschil, te weten € 50,-. Indien het in het kader van de onderhavige behandeling niet mogelijk blijkt de huidige prothese om te vormen, is het de ziektekostenverzekeraar niet toegestaan voor de nieuw te vervaardigen klikprothese de eigen bijdrage van € 250,- in rekening te brengen.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen op de wijze als onder 9.3 is overwogen.
- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze zoals onder 9.3 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 29 januari 2014,

Voorzitter