



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Mondzorg, implantaatbehandeling door kaakchirurg, kronen, voorwaarden aanvullende
ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 201800297
Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
2) Menzis N.V., beide te Wageningen,
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 grond van de verzekering Menzis Basis (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 GarantVerzorgd 3, Verzekering Eigen Risico en GarantTandVerzorgd 950 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, bestaande uit het aanbrengen van een implantaat ter plaatse van element 45 met daarop een kroon (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 oktober 2017 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 17 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 28 maart 2018 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).
- 3.5. 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.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 juni 2018 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 juni 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 4 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 2 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018027676) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. De aangevraagde zorg betreft normaal onderhoud van het gebit na verlies van een element. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 juli 2018 aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster is op 29 augustus 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 3 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 september 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het 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: *"Ik verzoek u te beoordelen of [naam verzoekster] voor vergoeding in aanmerking komt van een te plaatsen implantaat op locatie 45. Patiënte heeft een goed verzorgde dentitie. Vanwege parodontale conditie komt de 45 voor verwijdering in aanmerking. Daarna resteert weinig kauwvlak. Frameprothese komt niet zonder meer in aanmerking in verband met de occlusie/articulatie die bij patiënte na vroegere osteotomie aanwezig is. Bij patiënte is daarnaast sprake van onderontwikkelde kaakkoppen. Wellicht is sprake van idiopatische condylaire resorptie. Het voorstel is om ter vervanging van de 45 een implantaat ten behoeve van een kroon aan te brengen. Beperkt occlusieherstel is dan het resultaat. Wellicht komt deze behandeling voor vergoeding vanuit de basisverzekering."*
-  4.2. In aanvulling op hetgeen de kaakchirurg heeft verklaard, stelt verzoekster dat zij op donderdagmiddag 8 of 15 december 2016 in het gemeentehuis van haar woonplaats met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar heeft gesproken. Op advies van deze medewerkster heeft verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Voorts heeft verzoekster met de betreffende medewerkster gesproken over haar plan om in 2017 een implantaatbehandeling te laten uitvoeren. Samen met de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar is verzoekster, mede gelet op de Globale Vergoedingenwijzer Garant Verzorgd, tot de conclusie gekomen dat de kosten van een implantaatbehandeling zonder restricties tot een bedrag van € 950,-- worden vergoed.
-  4.3. Nadien is verzoekster echter gebleken dat indien de implantaatbehandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg er geen vergoeding kan plaatsvinden. Verzoekster kan zich hierin niet vinden, aangezien door de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar ter zake geen voorbehoud is gemaakt. Dat de implantaatbehandeling wordt uitgevoerd door een andere behandelaar dan een kaakchirurg is in de situatie van verzoekster daarbij geen optie, omdat eerst botopbouw dient plaats te vinden. Voorts merkt verzoekster op dat zij de betreffende kosten onmogelijk zelf kan voldoen.

 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en is door haar benadrukt dat zij door een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar onjuist en onvolledig is geïnformeerd.

 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. De zorgverzekering biedt dekking voor het aanbrengen van implantaten in geval van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij het gebit zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke het gebit zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Ook bestaat aanspraak op het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare (medische) gegevens blijkt dat verzoekster niet voldoet aan voornoemde criteria.

 5.2. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van (een deel van) de kosten van een implantaatbehandeling. Voorwaarde hierbij is dat de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus. Aangezien verzoekster de implantaatbehandeling heeft laten uitvoeren door een kaakchirurg, bestaat geen aanspraak op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. In dit verband verwijst de ziektekostenverzekeraar naar een recent door de commissie uitgebracht bindend advies (201601820) waarin een soortgelijk verzoek werd afgewezen.

 5.3. Voor zover verzoekster stelt dat haar op 8 of 15 december 2016 door een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar in het gemeentehuis van haar woonplaats een toezegging is gedaan, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij van dergelijke gesprekken geen notities heeft. Wel beschikt de ziektekostenverzekeraar over een telefoonnotitie van 7 december 2017 waarin het volgende staat vermeld: "Wil komend jaar gebruik maken van GTV950 en dan van de kronen. Mevrouw heeft op dit moment al een TV750 al een paar jaar. Gewezen op de Gelijk-over-regeling." Naast deze notitie kan de ziektekostenverzekeraar geen registraties van gesprekken terugvinden waarin bepaalde toezeggingen zijn gedaan.

 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. De zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

Welke zorg

U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- *een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft. Hieronder valt ook het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,*
- *een niet-tandheerkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,*
- *een niet-tandheerkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.*

(...)

Vanaf 18 jaar

U heeft recht op:

- *chirurgische tandheerkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties (...)"*

8.4. Voornoemde passage uit de voorwaarden van de zorgverzekering is volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv. In artikel 2.7, vijfde lid, onder a, Bzv is bepaald dat onder chirurgische tandheelkundige hulp niet valt het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.

- 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. Op de bladzijden 79 e.v. van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op tandheelkundige zorg geregeld en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Basisverzekering en tandartsverzekering

Wat in de Basisverzekering is verzekerd, vindt u in het hoofdstuk 'Uw Basisverzekering' onder het artikel Tandheelkunde. Wat in uw aanvullende tandartsverzekering is verzekerd, kunt u hierna lezen. Wat verzekerd is in de Basisverzekering wordt niet vergoed door uw aanvullende tandartsverzekering.

(...)

Welke zorgaanbieder

U kunt naar elke tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus die gevestigd is in Nederland of de grensstreek. De grensstreek is tot 15 kilometer van de Nederlandse grens.
(...)

Vergoedingen GarantTandVerzorgd 350, 650 en 950

GarantTandVerzorgd moet worden afgesloten in combinatie met een aanvullende GarantVerzorgd 1, 2 of 3. Met de GarantTandVerzorgd 350, 650 en 950 krijgt u alle behandelingen vergoed tot het genoemde maximumbedrag. Heeft u een GarantTandVerzorgd 950 dan geldt er een aparte vergoeding voor orthodontie. Kijk hiervoor in het artikel Orthodontie. U krijgt vergoed:

(...)

- implantaten (J-codes), 100%*

(...)

Het maximumbedrag is per kalenderjaar:

GarantTandVerzorgd 950: € 950,--

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Uit de voorwaarden van de zorgverzekering in samenhang met artikel 2.7, vijfde lid, onder a, Bzv volgt dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een implantaatbehandeling ten laste van de zorgverzekering, indien deze behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg. Vast staat dat de onderhavige implantaatbehandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, zodat op grond van de zorgverzekering geen recht op vergoeding voor deze behandeling bestaat.
- 9.2. Voor zover verzoekster aanspraak maakt op vergoeding van de kosten van het plaatsen van een kroon geldt dat de zorgverzekering dekking biedt voor bijzondere tandheelkunde indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk



is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. In de Nota van toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan de bepalingen betreffende bijzondere tandheelkunde uit de voorwaarden van de zorgverzekering, wordt uiteengezet dat hierbij dient te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Gesteld noch gebleken is dat één van deze situaties bij verzoekster aan de orde is. Ook anderszins is niet gebleken van een (verzekerings)indicatie in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering zodat het voorgaande tot de conclusie leidt dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op het plaatsen van een kroon.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 
- 
- 9.3. Voor zover verzoekster een vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering wenst, overweegt de commissie dat vooropgesteld dient te worden dat de verzekeraars vrij zijn in het bepalen van de omvang van de dekking en het stellen van voorwaarden in het kader van de door hen aangeboden aanvullende verzekeringen. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van implantaten tot maximaal € 950,-- per kalenderjaar. Voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen is dat de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus. Aangezien de onderhavige behandeling bij verzoekster wordt uitgevoerd door een kaakchirurg kunnen de hiermee gemoeide kosten niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden gebracht. Of verzoekster zich al dan niet door een andere behandelaar dan de kaakchirurg kan laten behandelen, is hierbij niet van belang.

Toezegging medewerkster

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 9.4. Door verzoekster is gesteld dat zij op 8 of 15 december 2016 in de middag in het gemeentehuis van haar woonplaats heeft gesproken met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft verzoekster met haar het voornemen gedeeld in 2017 een implantaatbehandeling te laten uitvoeren. Verzoekster heeft verklaard dat zij nadien samen de verzekeringsvoorwaarden en de bijbehorende folder hebben bestudeerd en hieruit hebben opgemaakt dat kronen, bruggen en implantaten tot een bedrag van € 950,-- worden vergoed. Door de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar is geen voorbehoud gemaakt dat indien de behandeling zou worden uitgevoerd door een kaakchirurg er geen vergoeding zou volgen. Door ter zake geen voorbehoud te maken is door de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar in feite de toezegging gedaan dat een implantaatbehandeling die wordt uitgevoerd door een kaakchirurg tot een bedrag van € 950,-- wordt vergoed. Dat door zijn medewerkster bepaalde toezeggingen zijn gedaan, is door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 9.5. Nog daargelaten of zij op 8 of 15 december 2016 in het gemeentehuis van haar woonplaats met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar heeft gesproken, geldt dat het aan verzoekster is aannemelijk te maken dat haar bij die gelegenheid bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Ten aanzien hiervan merkt de commissie op dat verzoekster er in de procedure niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, toezeggingen zijn gedaan onderscheidenlijk dat zij is misleid doordat haar onjuiste of onvolledige informatie is verstrekt. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat verzoekster de door haar aangehaalde folder van de aanvullende ziektekostenverzekering (Globale Vergoedingenwijzer Garant Verzorgd) niet heeft overgelegd. Daar komt bij dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording van het gesprek te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. Dat de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar mogelijk geen expliciet voorbehoud heeft gemaakt, maakt niet dat kan worden gesproken van een toezegging.

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, 26 september 2018,




L. Ritzema