

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten, peri-implantitis
Zaaknummer : 2011.01477
Zittingsdatum : 11 januari 2012

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

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

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 Zorg-op-maatpolis (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 50+ afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten ten bedrage van € 1.538,39 betreffende een 'peri-implantitis behandeling, röntgenfoto's, consult nazorg, drukknoppen en omvorming van de gebitsprothese' (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 april 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 10 juni 2011 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 augustus 2011 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 november 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 14 november en 27 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 4 november 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 16 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011116349) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar (i) de aanwezigheid van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde bij verzoeker, en (ii), in geval van een zodanige indicatie, de noodzaak tot de uitgebreide hulp met inachtneming van het maatmanbeginsel.
- 3.9. Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 november 2011 aan partijen gezonden. Daarbij heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht ten aanzien van de in het CVZ-advies genoemde punten nader onderzoek te verrichten. Bij brief van 9 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie zijn bevindingen kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 december 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 januari 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 12 januari 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen stukken toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. Bij brief van 23 januari 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht waarin het CVZ de commissie adviseert het verzoek af te wijzen op grond dat verzoekster door de eerder uitgevoerde behandeling weer dient te worden beschouwd als een reguliere verzekerde met een betande kaak. Het daarna te verrichten onderhoudswerk valt onder de reguliere zorg die bij alle verzekerden voor eigen rekening komt. Een afschrift van dit CVZ-advies is op 25 januari 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op dit advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Op 10 juni 2008 heeft de tandarts-implantoloog twee implantaten in de onderkaak van verzoekster geplaatst ten behoeve van een overkappingsprothese. Deze behandeling is door de ziektekostenverzekeraar volledig vergoed.
- 4.2. In februari 2011 is verzoekster naar de tandarts-implantoloog teruggegaan omdat zij last had van hevige pijnklachten. Na onderzoek bleek er een ontsteking onder het geplaatste implantaat te zitten. De behandelend tandarts-implantoloog heeft bij

verzoekster op basis van klinisch- en röntgenologisch onderzoek de volgende behandeling voorgesteld:

- verwijdering van de stegconstructie en chirurgische reiniging en botcorrectie rondom het implantaat ter plaatse van element 43;
- intensieve mondhygiëne begeleiding; en
- plaatsen van locators op de implantaten en aanpassing van de onderprothese.

De keuze voor een onderprothese op locators in plaats van de bestaande stegconstructie is gemaakt, omdat dit de reiniging vergemakkelijkt en eventuele overbelasting van het implantaat door mogelijke spanning in de steg voorkomt.

De tandarts-implantoloog heeft vervolgens een aanvraag ingediend voor een peri-implantitis behandeling in combinatie met een aanpassing van de onderprothese.

- 4.3. Mede gelet op de ernst van de pijnklachten heeft verzoekster het antwoord van de ziektekostenverzekeraar niet afgewacht en op 29 maart 2011 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zin het niet eens is met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de indicatie voor bijzondere tandheelkunde niet meer aanwezig is. Het kaakbot slinkt nog steeds en de situatie is nog ernstiger dan bij de eerdere behandeling.
- 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 ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij op 29 februari 2008 een machtiging heeft afgegeven voor het plaatsen van twee implantaten en een overkappingsprothese. Daarmee is de oorspronkelijke indicatie voor bijzondere tandheelkunde komen te vervallen. Bovendien had de afgeven machtiging enkel betrekking op het plaatsen van twee implantaten en een overkappingsprothese en niet op de hierop volgende behandelingen. Een nieuwe behandeling zal dan ook steeds moeten worden beoordeeld op basis van de op dat moment geldende verzekeringsvoorwaarden. Uit de stukken is niet gebleken dat de door verzoekster aangevraagde – nadere – behandeling verband houdt met een indicatie voor bijzondere tandheelkunde.
- 5.2. In een later stadium van de procedure heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de op de begroting van 18 augustus 2011 vermelde kosten voor de nazorg van de prothese (de codes J60, X22, J40, J53 en de techniekkosten ad € 500,-) alsnog ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in 2008 bij verzoekster een indicatie bestond voor bijzondere tandheelkunde; deze is met de implantaatbehandeling verholpen. De huidige kosten vallen onder algemene tandheelkundige zorg.
- 5.4. 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 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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B19 tot en met 42 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
Artikel B.20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
- "B.20 Mondzorg voor verzekerde van alle leeftijden***
- B.20.1 Omschrijving van de zorg*
Het gaat om zorg die tandartsen plegen te bieden.
- De mondzorg bestaat uit:*
- a. mondzorg in bijzondere gevallen. Deze mondzorg is noodzakelijk omdat:*
- *u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;*
 - *u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
 - *u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.*
- Zonder die mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.*
(...)"
- 8.3. Artikel B.20 van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4 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 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Het CVZ heeft in zijn advies van 16 november 2011 de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten doen ter beantwoording van de vraag: (i) of de oorspronkelijke indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp thans nog aanwezig is, en, zo ja, of (ii) de noodzaak tot de uitgebreide hulp (het zogenaamde maatmanbeginsel) bestaat?
- 9.2. Ten aanzien van de vraag of de oorspronkelijke indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp thans nog aanwezig is, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster in 2008 inderdaad een indicatie had voor bijzondere tandheelkunde. Door het plaatsen van de implantaten en een overkappingsprothese is deze indicatie echter verholpen. Mede gehoord de opvatting van het CVZ dat verzoekster dient te worden beschouwd als een reguliere verzekerde met een betande kaak (maatman), onderschrijft de commissie deze opvatting en concludeert dat ten tijde van de onderhavige behandeling bij verzoekster geen sprake was van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde die recht geeft op vergoeding van de onderhavige kosten. Zogenaamd onderhoudswerk valt onder de reguliere zorg waarvan de kosten voor rekening van de verzekerde blijven.
- Anders is dit voor plaatsing en onderhoud van een volledige gebitsprothese. Naar aanleiding van het CVZ-advies heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel de codes J60, X22, J40, J53 en de techniekkosten van € 500,00 alsnog aangemerkt als kosten voor nazorg van de prothese, zodat deze kosten ten laste van de zorgverzekering zullen worden vergoed. Dit maakt het voorgaande echter niet anders. Aan de tweede vraag wordt derhalve niet toegekomen.
- 9.3. Ten overvloede merkt de commissie ten aanzien van de vraag of thans de noodzaak tot de uitgebreide hulp bestaat op dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat indien verzoekster haar eigen tanden en kiezen nog zou hebben gehad, en de onderhavige behandeling noodzakelijk zou zijn, deze niet valt onder de bijzondere tandheelkunde, maar – net als andere parodontale behandelingen – onder de reguliere mondzorg waarvoor op grond van de zorgverzekering geen dekking bestaat. Ook deze visie deelt de commissie.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.6. De commissie acht termen aanwezig om de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld ad € 37,-- te laten vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 8 februari 2012,

Voorzitter