

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C vs D te E
Zaak : Geneeskundige zorg, parodontale zorg
Zaaknummer : 2007.2460
Zittingsdatum : 14 mei 2008

Zaak 2007.2460, Geneeskundige zorg, mondzorg, parodontale zorg,

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 1 Zvw, 2.7 Bzv)

1. Partijen

A te B, in deze vertegenwoordigd door C, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

D te E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2 De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 16 mei 2007 betreffende een aangevraagde vergoeding van kosten in verband met parodontale behandelingen.

3 Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Keuze Zorgplan (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

3.2. Verzoekster maakt aanspraak op vergoeding van kosten in verband met parodontale behandelingen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 4 juli, 21 augustus en 19 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 16 oktober 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 11 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op februari 2008 aan verzoekster toegezonden.

- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Hiervan is door partijen geen gebruik gemaakt.
- 3.9. Bij brief van 29 februari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 27 maart 2008 voorlopig advies gegeven en de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen, omdat verzoekster geen indicatie heeft voor een parodontale behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is tegelijk met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft een behandelplan voor parodontologische behandelingen aan de zorgverzekeraar overgelegd en om een vergoeding van de aan de deze behandelingen verbonden kosten verzocht. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen. Verzoekster is het hier niet mee eens. Zij vindt dat de zorgverzekeraar niet duidelijk is in zijn afwijzingen en meent wel in aanmerking te komen voor vergoeding van de kosten van de behandelingen.
- 4.2. Verzoekster legt een brief over van 18 april 2007 van de kliniek voor parodontologie. Hierin wordt beschreven wat bij verzoekster geconstateerd is en wat het behandelplan is.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de kosten van de parodontale behandelingen ten laste van de zorgverzekering dient te vergoeden.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar verwijst naar de polisvoorwaarden van de zorgverzekering en concludeert dat een parodontale behandeling niet vergoed kan worden op grond van de basisverzekering, tenzij sprake is van een nierafwijking of hartklepgebruik. Ten laste van de aanvullende verzekering kan een gedeelte van de kosten wel vergoed worden.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster voor zover die betrekking heeft op de zorgverzekering, terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.
7. De beoordeling van het geschil
- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in hoofdstuk 2, artikel 2F lid 3 van de zorgverzekering. Dit artikel, bepaalt voor zover hier van belang, het volgende:

"Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is indien:

a. 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 verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

b. 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;

c. 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.

f Voor de verzekerde van 18 jaar en ouder die zijn aanspraken ingevolge artikel 2 F, lid 3 onder a, respectievelijk de extreem angstige verzekerde die zijn aanspraken ingevolge artikel 2 F, lid 3 onder b tot gelding brengt, is het volgende van toepassing:

*Indien sprake is van de volgende tandheeskunde behandelingen:
- parodontale hulp. "*

7.2. De regeling in artikel 16 van de zorgverzekering is volgens artikel 2A van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, 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, conform artikel 11 lid 3 van de Zvw, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 van het Bzv. Lid 1 onderdeel a van dat artikel bepaalt dat slechts aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg die noodzakelijk is indien 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. Lid 2 onder b bepaalt dat aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige zorg functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. In lid 5 onder a is geregeld dat parodontale chirurgie is uitgesloten.

7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.5. Blijkens de memorie van toelichting op artikel 2.7 van het Bzv is bedoeld de inhoud en de omvang van de (mond)zorg gelijk te laten zijn aan de inhoud en omvang zoals die geregeld waren met de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering. Uit de toelichting op deze regeling blijkt ten aanzien van de verzekerde met een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening het volgende:

"Bij tandheelkundige hulp aan verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening gaat het veelal om bijzondere toepassingsvormen van het uitoefenen van de normale tandheelkunde, waarbij te denken is aan gedragswetenschappelijke begeleiding en medicamenteuze-, intraveneuze- en inhalatiesedatie en narcose. De bijzondere hulp betekent in deze gevallen de uitoefening van de normale tandheelkunde onder bijzondere omstandigheden. Vaak zal, met het oog op de behandeling van deze verzekerden, ook de deskundigheid van een andere specialist moeten worden ingewonnen.

Een en ander neemt niet weg dat ook bijzondere hulp in de zin van extra conserverende prothetische en andere hulp noodzakelijk kan zijn. Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld:

- epileptici;*
- ruminerende patiënten;*
- patiënten met bepaalde stoornissen van het bewegingsapparaat, die door middel van met de mond te bedienen apparatuur hun handicap deels kunnen compenseren;*
- spastische patiënten."*

7.6. De term 'niet-tandheelkundige aandoening' als bedoeld in hoofdstuk 2, artikel 2F lid 3 onder b van de zorgverzekering heeft, blijkens de voorgaande overweging, geen betrekking op de status van het mond-kaak-tandstelsel doch ziet op het aanwezig zijn van een geestelijke dan wel lichamelijke handicap bij een verzekerde. Bij verzoekster is geen sprake van een dergelijke handicap. De onderhavige kosten komen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking, nog daargelaten dat paradontale chirurgische behandelingen op basis van de zorgverzekering uitgesloten zijn van vergoeding.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2008

Voorzitter