

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Mondzorg, implantaten
Zaaknummer : 2010.02002
Zittingsdatum : 30 maart 2011

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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

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 TandCompleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Compactpolis afgesloten. De Compactpolis is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. 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 een frameprothese met twee kronen voor de bovenkaak en een overkappingsprothese met telescopkronen voor de onderkaak (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 28 juni 2010 is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat aanspraak bestaat op de overkappingsprothese ten laste van de zorgverzekering, met dien verstande dat een eigen bijdrage van 25 procent verschuldigd is. Voor het overige heeft de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing gehandhaafd.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij ongedateerde brief, ontvangen op 1 december 2010, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hier-

na: het verzoek).

- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 januari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 januari 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 februari 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 28 januari 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 28 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011013852) 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 verzoeker geen sprake is van een ernstige groeistoornis, ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking dan wel een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke afwijking of een medische noodzaak als bedoeld in artikel 11, onder d, sub 3 van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 maart 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 31 maart 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 5 april 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. Verzoeker stelt dat de behandelend tandarts een frameprothese met twee kronen voor de bovenkaak heeft aangeraden, en voor de onderkaak een overkappingsprothese en telescoopkronen. De ziektekostenverzekeraar verleent slechts een gedeeltelijke vergoeding voor de overkappingsprothese. Het overige deel van de behandeling is afgewezen. Een 'gewone' volledige gebitsprothese komt wel voor vergoeding in aanmerking, zij het dat hierbij een eigen bijdrage verschuldigd is. Verzoeker wenst ten minste vergoeding van de kosten van de 'gewone' gebitsprothese, zodat hij enkel het verschil betaalt. Overigens is verzoeker van mening dat hij door medewerkers van de ziektekostenverzekeraar onjuist is voorgelicht over de vergoeding van de voor hem noodzakelijke tandheelkundige zorg.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de tanden en kiezen in zijn ondergebit moesten worden getrokken. Er zijn toen twee wortels blijven zitten. Daar-

op zijn telescoopkronen gekomen. Vóór de behandeling heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hem werd geadviseerd de aanvraag voor boven en onder gelijktijdig in te dienen. Hierna is hij naar het ziekenhuis geweest, alwaar foto's zijn gemaakt. Verzoeker kreeg te horen dat hij alle kosten zelf moest betalen, inclusief de kosten voor de foto's. Die laatste kosten zijn uiteindelijk nog vergoed op basis van coulance. Verzoeker begrijpt dat een prothese op telescoopkronen duurder is. Voor een normaal gebit zou echter 75 percent van de kosten zijn vergoed. Omdat hij nog nooit van een 'telescoopgebit' had gehoord, en het verschil voor hem niet kenbaar was, zou in ieder geval de normale vergoeding moeten worden verleend.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de frameprothese en de twee kronen voor de bovenkaak, alsmede de telescoopkronen voor de onderkaak, geen verstrekking vormen vanuit de zorgverzekering. De volledige overkappingsprothese voor de onderkaak wordt tot maximaal 75 percent vergoed vanuit de zorgverzekering. De kosten van de voorbehandelingen en het verankeringssysteem voor de onderkaak, alsmede de herstelbehandeling van de bovenkaak, vallen buiten de aanspraken vanuit de zorgverzekering. Verzoeker heeft geen aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg, omdat bij hem niet is gebleken van een ernstige groeistoornis, ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking, dan wel een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke afwijking of een medische noodzaak als bedoeld in artikel 2.7 lid 1 onder c Bzv.

5.2. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding van maximaal € 500,-- per kalenderjaar.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat over de volledige gebitsprothese geen discussie bestaat. Deze valt, met een eigen bijdrage, onder de dekking van de zorgverzekering. Voor het overige biedt de zorgverzekering voor volwassenen alleen dekking onder de noemer bijzondere tandheelkunde. Telefonisch is duidelijke informatie verschaft over de vergoeding van een volledige prothese. De wet staat eraan in de weg dat aan verzoeker kosten worden vergoed voor een volledige prothese, terwijl bij hem een prothese op telescoopkronen is geplaatst.

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, 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 volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekosten-

verzekering.

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 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 11 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"d Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen (...)

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. (...)*

f Uitneembare volledige prothesen (kunstgebit)

voor verzekerden van 22 jaar en ouder uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak, in andere gevallen dan in onderdeel b en d van artikel 11. Het gaat om een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese en het repareren en rebasen daarvan. (...)

vergoeding van kosten, met inachtneming van de wettelijke eigen bijdrage van 25%, conform artikel 7 van de algemene voorwaarden. (...)"

8.3. Artikel 11 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. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor mondzorg, inclusief techniekkosten en materiaalkosten, tot een bedrag van maximaal € 500,-- per kalenderjaar.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft een machtiging verleend voor een volledige overkappingsprothese voor de onderkaak, een en ander conform artikel 11 van de zorgverzekering en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving. Hierbij is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25 percent. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.
- 9.2. Voor de overige aangevraagde tandheelkundige zorg – te weten een (partiële) frameprothese met twee kronen voor de bovenkaak en telescoopkronen voor de onderkaak – geldt dat niet is gebleken dat bij verzoeker sprake is van één van de onder artikel 11 sub d van de zorgverzekering genoemde categorieën voor bijzondere tandheelkundige zorg. Hij heeft derhalve, behoudens een vergoeding op basis van 75 percent van de kosten van de volledige overkappingsprothese voor de onderkaak, geen aanspraak op de door hem gewenste zorg ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Verzoeker heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, tot een maximum van € 500,-- per kalenderjaar. Daarover bestaat tussen partijen geen geschil.

Onjuiste voorlichting

- 9.4. Verzoeker stelt dat hij door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar onjuist is voorgelicht over de vergoeding van de door hem gewenste tandheelkundige zorg. Hij heeft deze stelling echter niet met stukken onderbouwd dan wel anderszins aanmerkelijk gemaakt. De ziektekostenverzekeraar beschikt niet over telefoonnotities waaruit een dergelijke onjuiste voorlichting blijkt.

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, 13 april 2011,

Voorzitter