

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F, vertegenwoordigd door G te H  
Zaak : Mondzorg, implantaten, machtiging  
Zaaknummer : 2011.02188  
Zittingsdatum : 16 mei 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door G te H.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering LIC Healthplan Prima Polis 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vier implantaten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een machtiging verleend conform de kostenbegroting van 25 juni 2008, met uitzondering van de gevraagde codes J03 en G10.
- 3.2. Omdat verzoeker niet op 20-jarige leeftijd kon worden behandeld, maar eerst op 26-jarige leeftijd, heeft hij de ziektekostenverzekeraar gevraagd of dit verandering zou brengen in de afgegeven machtiging. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 januari 2010 medegedeeld dat de eerder afgegeven machtiging slechts geldig is tot en met 31 december 2010, omdat de aanspraak op tandheelkundige zorg vanaf 1 januari 2011 is beperkt tot verzekerden tot de leeftijd van 18 jaar.
- 3.3. Verzoeker is het niet eens met de laatste brief van de ziektekostenverzekeraar, en heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft de machtiging te laten doorlopen na 1 januari 2011. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij een voorbehoud gemaakt voor door de overheid in de toekomst te treffen wettelijke maatregelen.
- 3.4. Verzoeker is het niet eens met het door de ziektekostenverzekeraar gemaakte voorbehoud, en heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) bij brief van 15 februari 2012 verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar

zonder meer gehouden is gevolg te geven aan de door hem afgegeven machtiging (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 16 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 maart 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 maart 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 26 maart 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012041605) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker ten tijde van de aanvraag en op dit moment (nog) niet was en is aangewezen op de gevraagde behandeling. 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 16 mei 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 21 mei 2012 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 24 mei 2012 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. Bij verzoeker ontbreken vier elementen, zodat hij is aangewezen op implantaten. Door de ziektekostenverzekeraar is in 2008 een open machtiging afgegeven voor het aanbrengen van implantaten. Bij verzoeker is het gerechtvaardigd vertrouwen gewekt dat deze kosten voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen, zodat de ziektekostenverzekeraar niet kan terugkomen op de afgegeven machtiging.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de orthodontische en tandheelkundige behandeling moeten worden gezien als één grote behandeling, die gefaseerd wordt uitgevoerd.
- 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 aanvankelijk aan verzoeker afgegeven machtiging in 2008 is onjuist. Hierop had moeten worden vermeld dat wordt uitgegaan van de voorwaarden van de zorgverzekering van het jaar waarin de zorg wordt genoten. De ziektekostenverzekeraar zal zich houden aan de afgegeven machtiging, maar maakt hierbij het voorbehoud dat indien de overheid in de toekomst wettelijke maatregelen doorvoert ten aanzien van de inhoud en de omvang van de gemachtigde zorg, deze wijzigingen dienen te worden opgevolgd. De definitieve omvang van de machtiging dient bepaald te worden op het moment dat de zorg wordt afgenomen.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat orthodontie een ander soort verstrekking is dan implantaten. Deze dienen daarom los te worden beoordeeld.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 11 van de zorgverzekering en 2 van 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 zonder voorbehoud gehouden is gevolg te geven aan de door hem in 2008 afgegeven machtiging.

## 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 38 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 29 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### *“29.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar*

#### *Omschrijving:*

*zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:*

1. *periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per kalenderjaar op die hulp is aangewezen;*
2. *incidenteel tandheelkundig consult;*
3. *het verwijderen van tandsteen;*

4. *fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheeskundig meer keren per kalenderjaar op die hulp is aangewezen;*
5. *sealing;*
6. *parodontale hulp;*
7. *anesthesie;*
8. *endodontische hulp;*
9. *restauratie van gebitselementen met plastische materialen;*
10. *gnathologische hulp;*
11. *uitneembare prothetische voorzieningen;*
12. *tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheeskundige implantaten, als het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, of omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;*
13. *chirurgische tandheeskundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheeskundige implantaten;*
14. *röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.*

*Door:*

*tandarts of kaakchirurg. Als de aangegeven zorg behoort tot het deskundigheidsgebied van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een mondhygiënist of tandprotheticus.*

*Machtiging:*

*nee, tenzij sprake is van zorg zoals opgenomen onder omschrijving, punt 12. (...)"*

- 8.4. Artikel 29 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.12 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
- 8.6. 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. Niet ter discussie staat dat verzoeker ten tijde van de aanvraag, althans naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar, een indicatie had voor implantaten als bedoeld in artikel 29.1 onder 12 van de zorgverzekering, en jonger was dan 22 jaar. Aangezien de behandeling door de ziektekostenverzekeraar kennelijk als doelmatig werd beoordeeld, had verzoeker aanspraak op de implantaatbehandeling ten laste van de zorgverzekering.  
Het feit dat het CVZ thans adviseert tot afwijzing van het verzoek vanwege het ontbreken van een verzekeringsindicatie, maakt het voorgaande niet anders.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

### **Machtiging**

- 9.3. In geschil is of verzoeker gerechtvaardigd erop mag vertrouwen dat de op 19 augustus 2008 door de ziektekostenverzekeraar afgegeven machtiging zijn werking zonder meer blijft behouden.
- 9.4. Vast staat dat bij de machtiging geen voorbehouden zijn gemaakt, anders dan dat de codes J03 en G10 niet worden vergoed, en dat een beperkte vergoeding van toepassing is indien gebruik wordt gemaakt van een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. De machtiging is verleend aan de hand van de opgegeven kostenbegroting van 25 juni 2008, waarop nadrukkelijk is vermeld dat de zorg rond het 20<sup>e</sup> levensjaar van verzoeker zou worden verleend. In 2008 was, in het kader van artikel 29.1 van de zorgverzekering, nog een leeftijdsgrens van 22 jaar van toepassing. Verzoeker mocht daarom erop vertrouwen dat de machtiging tot zijn 22<sup>e</sup> levensjaar zou gelden, en dat de latere verlaging tot 18 jaar hem niet zou worden tegengeworpen. Zodra verzoeker echter ouder is dan 22 jaar, kan hij zich niet meer met succes beroepen op de afgegeven machtiging. Aangezien verzoeker voornemens is de implantaten rond zijn 26<sup>e</sup> levensjaar te laten aanbrengen, en hij heeft verzocht de machtiging tot die tijd te laten doorlopen, dient het verzoek te worden afgewezen.

### **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, 30 mei 2012,

Voorzitter