

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C en D, beide te E
Zaak	: mondzorg, bijzondere tandheelkunde, frameprothese
Zaaknummer	: 2009.00175
Zittingsdatum	: 26 augustus 2009

Zaak: 2009.00175 (mondzorg, bijzondere tandheelkunde, frameprothese)

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

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te E en D te E, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 4 november 2008 de kosten van een implantaatgedragen frameprothese ten behoeve van de onderkaak slechts gedeeltelijk te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullende Tandartsverzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering is niet in het geding en deze verzekering blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing. Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend tandarts/prothetist heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "C.G.P.S. met in B.K. uitgebreid kroon- en brugwerk dat na ruim 40 jaar hoognodig vernieuwd moet worden". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van "B.K.: vervangen kroon- en brugwerk 17 t/m 27, O.K.: frame met beetverhoging en bevestiging met locator op implantaat" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak deels is toegewezen, in die zin dat de behandeling van de bovenkaak (B.K.) wordt vergoed; 17 uur behandeltijd en de techniekkosten ad € 3.365,50, en de behandeling van de onderkaak voor rekening van verzoeker blijft.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 26 april 2009 heeft verzoeker 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 (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 23 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 juni 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 juli 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 25 juni 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29069421) 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 geen indicatie heeft voor het gevraagde. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 augustus 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 27 augustus 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 31 augustus 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de behandeling van de onderkaak niet los kan worden gezien van die van de bovenkaak. Hij verwijst naar een ongedateerde verklaring van de tandarts/prothetist waarin deze vermeldt: "Overigens is in deze casus behandeling van de bovenkaak en onderkaak onlosmakelijk i.v.m. de beetverhoging en distale afstemming van de li. kaakhelft", en een brief van 16 februari 2009 waarin zulks nogmaals wordt bevestigd. Volgens verzoeker is sprake van schisis en spelen bij de onderkaak ook problemen met het kaakgewricht een rol.

- 4.2. Voorts beroept verzoeker zich op een telefoongesprek tussen de zorgverlener en de adviserend tandarts, welk gesprek heeft plaatsgevonden op 10 december 2007, en waarbij tussen beiden de “praktische” afspraak is gemaakt dat de behandeling kon worden uitgevoerd en dat alle kosten zouden worden vergoed.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Hij voegt daaraan toe niet te zijn uitgenodigd op het medisch spreekuur van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft hiervoor zelf het initiatief genomen, doch kwam niet verder dan de telefoniste. Intussen kan met de behandeling worden gestart. Daarvoor is nog geen behandelplan bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, en onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden, dat de zorgverzekering slechts een zeer beperkte dekking kent voor mondzorg bij volwassen verzekerden. Alleen in uitzonderlijke gevallen kan een beroep worden gedaan op de regeling inzake bijzondere tandheelkunde. Waar het gaat om de bovenkaak bestond daartoe een indicatie op basis van schisis. Hieruit volgt echter niet automatisch dat alle overige tandheelkundige behandelingen ook tot de bijzondere tandheelkunde kunnen worden gerekend. Voor de behandeling van de onderkaak ontbreekt de vereiste indicatie. Het aangevraagde behoort tot de reguliere tandheelkunde; vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering wordt ter zake per kalenderjaar maximaal € 450,-- vergoed.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar meent al zeer coulant te zijn geweest door 17 behandeluren te vergoeden terwijl de verdeling tussen onder- en bovenkaak eigenlijk evenredig zou moeten zijn, dat wil zeggen 10 uur per kaak.
- 5.3. Dat in afwijking van het onder 5.1 gestelde door de adviserend tandarts een toezegging zou zijn gedaan, wordt door de ziektekostenverzekeraar bestreden. Een aantekening in het systeem ontbreekt en de zorgverlener geeft op geen enkele wijze aan dat is gesproken over volledige vergoeding van de behandeling van de boven- en onderkaak. Daarbij zijn de zorgverlener en de adviserend tandarts allebei zeer goed op de hoogte van de regelgeving op het punt van de bijzondere tandheelkunde.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de schisisproblematiek enkel betrekking heeft op de bovenkaak. Voor de behandeling van de onderkaak is geen (verzekerings)indicatie. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is een gedeeltelijke vergoeding van de reguliere tandheelkundige behandeling mogelijk. Deze vergoeding is reeds verleend.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van een implantaatgedragen frameprothese ten behoeve van de onderkaak volledig te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, aldus:

“lid 1

Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- a. *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;*
- b. (...)

Voorwaarden

toestemming

toestemming vooraf is vereist. (...)”

- 7.3. Artikel 31 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting.
- 7.4. 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In de toelichting op artikel 2.7 Bzv worden als voorbeelden van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking genoemd “oligodontie, schisis of oncologie met gedeeltelijke resectie van kaakdelen”. De commissie stelt vast dat in de situatie van verzoeker weliswaar sprake is van schisis, maar dat een en ander zich beperkt tot de bovenkaak. De implantaatgedragen frameprothese ten behoeve van de onderkaak behoort daarmee tot de reguliere tandheelkundige zorg. Dat de behandeling van de onderkaak in dit geval onlosmakelijk is verbonden met die van de bovenkaak is op zich begrijpelijk waar de vervanging van het kroon- en brugwerk ten behoeve van de bovenkaak (mede) aanleiding zal hebben gevormd voor de aangevraagde behandeling van de onderkaak. De aard van die laatste behandeling – na-

melijk reguliere tandheelkunde – wordt door het onlosmakelijke verband zelf echter niet anders.

De stelling van verzoeker dat met betrekking tot de onderkaak ook sprake is van problemen rond het kaakgewricht, hetgeen mogelijk zou kunnen duiden op een indicatie voor bijzondere tandheelkunde, is door de aanvraag noch elders in de procedure onderbouwd.

- 7.7. Waar het gaat om de gestelde telefonische toezegging d.d. 10 december 2007 overweegt de commissie het volgende. Uit de aanvraag van de tandarts/prothetist kan worden afgeleid dat door deze daaraan voorafgaand met de adviserend tandarts enkel is gesproken over de behandeling van de bovenkaak. In de latere correspondentie wordt door de zorgverlener ook niet gerefereerd aan een toegezegde vergoeding van de behandeling van de onderkaak, hoewel dit, gezien de stelling van verzoeker, zeker in de rede zou hebben gelegen. De tandarts/prothetist vermeldt alleen: “Van belang is echter de uitspraak van collega Westra op 10 december 2007, dat het behandelplan gedurende of vlak na de behandeling mocht worden opgestuurd in verband met de complexiteit van het geheel.”
- Het telefoongesprek op 10 december 2007 lijkt aldus enkel de behandeling van de bovenkaak te hebben betroffen. Van belang is voorts dat door verzoeker niet althans onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat tijdens dat gesprek door de adviserend tandarts expliciet een toezegging ten aanzien van de behandeling van de onderkaak is gedaan. Tenslotte kan uit de gestelde omstandigheid dat in overleg – hetgeen overigens door de ziektekostenverzekeraar niet is erkend – zou zijn afgeweken van de naar de letter van artikel 31 van de zorgverzekering voorgeschreven procedure (deze vereist voorafgaande toestemming aan de hand van een vóór de behandeling ingediend behandelplan) niet worden geconcludeerd dat de ziektekostenverzekeraar daarmee op voorhand toestemming heeft gegeven voor alle in het behandelplan opgenomen tandheelkundige zorg. Veeleer heeft verzoeker, door de behandelingen te laten uitvoeren zonder de uitdrukkelijke toestemming van de ziektekostenverzekeraar, op basis van een beoordeling van niet enkel de aanvraag maar tevens het volgens de polisvoorwaarde vereiste behandelplan, het risico op zich genomen dat (een deel van) de kosten, met name de behandeling van de onderkaak, voor zijn rekening zou blijven.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 september 2009,

Voorzitter