

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Mondzorg, implantaten
Zaaknummer : 2010.02082
Zittingsdatum : 30 maart 2011

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 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 verzekering ZorgZó (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 TandVerzorgd 4 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en ExtraVerzorgd 2 afgesloten. De verzekering ExtraVerzorgd 2 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 vergoeding van de kosten van vier kronen op implantaten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 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 (hierna: 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 11 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 februari 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 februari 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 14 februari 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 17 maart 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011019958) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 maart 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 maart 2011 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 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. Bij verzoeker is OSAS geconstateerd. Ter behandeling is hem door de longarts een MRA-beugel voorgeschreven. Deze beugel kon echter niet bevestigd worden op de bestaande kiezen, zodat een implantaatbehandeling noodzakelijk was. Deze is intussen uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar is gelet op artikel B29 derde gedachte-streepje van de zorgverzekering gehouden de kosten te vergoeden, aangezien het gaat om een tandheelkundige behandeling die noodzakelijk is om een medische behandeling te kunnen uitvoeren.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziekte apneu redelijk onbekend is. In 2001 is hij arbeidsongeschikt geworden. Verzoeker kon zich niet meer concentreren, kon niet meer autorijden en viel middenin besprekingen in slaap. Hij heeft hierop diverse artsen bezocht. Verzoeker heeft hartritmestoornissen gekregen, waarvoor hij in 2009 is opgenomen in het ziekenhuis. Uiteindelijk is een slaaptest gedaan. Verzoeker bleek eenmaal per twee minuten een apneu te hebben. Door de behandelend arts is een MRA voorgeschreven. Verzoeker vindt het vreemd dat de noodzakelijke tandheelkundige behandeling niet wordt vergoed. Zonder deze behandeling kan de MRA-beugel niet worden gebruikt. Verzoeker merkt verder op dat de

ziekttekostenverzekeraar ook een sociale functie heeft.

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 verzoeker niet voldoet aan de criteria voor vergoeding van de implantaten vanuit de zorgverzekering. Wel heeft hij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een vergoeding van 80 percent van de kosten, tot een maximum van € 1.500,-- per kalenderjaar. De kosten van de MRA-beugel worden aan verzoeker vergoed op grond van de zorgverzekering.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de ernst van de ziekte apneu inderdaad wordt onderkend. Met betrekking tot de tandheelkundige behandeling dient echter een juridische toetsing plaats te vinden. De gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA is geen verzekerde prestatie. De ziektekostenverzekeraar mag de kosten daarvan in dit geval niet vergoeden. De tandheelkundige behandeling wordt wel gedeeltelijk vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.3. 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B29 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Slechts bij een zeer ernstig geslonken kaak heeft u recht op vergoeding van kosten van het aanbrengen van implantaten en het aanbrengen van het vas-*

te gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen.

- *een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,*
- *een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.*

Let op

- *U heeft alleen recht op vergoeding van bijzondere tandheelkunde als deze noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. (...)*

8.3. Artikel B29 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 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. Artikel T13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“U krijgt een vergoeding van 80% van de kosten van tandheelkundige behandelingen en de bijbehorende materiaal- en techniekkosten volgens de tabel, tot een maximum van € 1.500 per kalenderjaar. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op de vergoeding van implantaten indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, en de behandeling noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die had bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Dit is bijvoorbeeld het geval bij oncologische patiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van implantaten indien deze worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak en dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Beide situaties, die zijn ondergebracht in artikel B29 eerste gedachtestreepje van de zorgverzekering, zijn bij verzoeker niet aan de orde.

9.2. Aangezien bij verzoeker geen sprake is van een lichamelijke of geestelijke aandoening in de zin van de regelgeving, resteert de vraag of bij hem de situatie als bedoeld in artikel B29 derde gedachtestreepje van de zorgverzekering aan de orde is.

Een MRA-beugel is – gelet op de artikelen 2.6 sub b en 2.9 Rzv – een hulpmiddel, en om die reden kan niet worden gesproken van een medische behandeling als bedoeld in artikel B29 derde gedachtestreepje. Gelet op het advies van het CVZ van 17 maart 2011 past een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA niet binnen de omschrijving van een functionerend hulpmiddel. Bij een gebitsaanpassing ten behoeve van een MRA wordt ook niet aan de voorwaarde voor het recht op mondzorg voldaan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van 80 procent van de kosten van implantaten, tot een maximum van € 1.500,-- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd dit bedrag aan verzoeker te zullen vergoeden.

Conclusie

- 9.4. 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