

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, dento-alveolair defect
Zaaknummer : 2010.01831
Zittingsdatum : 8 juni 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, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

E te F, hierna 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 Basisverzekering (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 Zorg Riant 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 vergoeding van de kosten van een implantaat met daarop bevestigd een kroon (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts tot een bedrag van € 119,40, is ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 juni 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft coulancehalve een bedrag van € 380,60 na te betalen, tenzij verzoeker de kwestie zou voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). In dat geval komt het aanbod te vervallen.
- 3.4. Bij brief van 27 januari 2011 heeft verzoeker 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 april 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 april 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 14 april 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 april 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011043212) 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 implantaten. Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 mei 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 juni 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. Bij brief van 21 juni 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op het advies te reageren, doch hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend tandarts heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: "Bij een ernstige val is bij [verzoeker] element 11 verloren gegaan. Hierbij is tevens een flink stuk bot ter plaatse afgebroken. Dit defect is hersteld middels een botopbouw waarbij bot uit de spina nasalis is gehaald en ter plaatse van de 11 is aangebracht te[z]amen met een botsubstituut. Om het missende element 11 te vervangen is ervoor gekozen een implantaat te plaatsen om daarop een kroon te vervaardigen. Zeker gezien de uitstekende staat van het gebit van [verzoeker] is dit tegenwoordig de eerste keus om de gevolgen van een dergelijk verlies te herstellen. Alle andere methoden doen op de lange termijn zoveel schade aan het restgebit dat te vrezen valt dat herstel daarvan uiteindelijk duurder zal zijn dan de huidige gekozen oplossing. (...)"
- 4.2. Verzoeker stelt dat bij hem sprake is van een dento-alveolair trauma, hetgeen zich als volgt laat omschrijven: "letsel aan gebitselementen en/of het omgevende kaakbot en tandvlees, variërend van een afgebroken hoek(je) van een tand tot letsel waarbij meerdere tanden uit de mond zijn verdwenen en/of het kaakbot is beschadigd en het tandvlees is ingescheurd. Dento alveolair trauma wordt meestal veroorzaakt door botsingen, valpartijen, verkeers-, gewelds- of sportongevallen". Een dento-alveolair trauma vormt een indicatie voor bijzondere tandheelkunde vanuit de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is gehouden de volledige kosten aan verzoeker te vergoeden.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het onjuist is dat hij niet wenste te verschijnen op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekos-

tenverzekeraar. Het verzoek daartoe kwam een jaar na het ongeval, zodat verzoeker een bezoek aan de medisch adviseur niet nuttig vond. Hij heeft daarom verzocht de aanvraag te beoordelen aan de hand van de overgelegde foto's.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat de implantaten in één zitting hadden kunnen worden aangebracht. Dit is echter niet juist; er zijn meer zittingen nodig geweest. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat de verklaring van de tandarts reeds een jaar oud is, en om die reden onjuist is. Dit standpunt verhoudt zich niet met de oproep voor het spreekuur van de medisch adviseur, aangezien ook voor die oproep geldt dat deze een jaar na het ongeval werd gedaan. Verder merkt verzoeker nog op dat door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de polisvoorwaarden van het jaar 2010 zijn gehanteerd. Het ongeval vond plaats in 2009, zodat de voorwaarden van dat jaar leidend zijn.

4.4. 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 uit de aanvraag noch uit de ingezonden foto's is af te leiden dat bij verzoeker sprake is van een dento-alveolair trauma. Verzoeker heeft een bezoek aan het spreekuur van de eigen medisch adviseur geweigerd, zodat geen tandheelkundig rapport kon worden opgemaakt. Omdat geen sprake is van bijzondere tandheelkunde als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, heeft verzoeker aanspraak op gedeeltelijke vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze verzekering kent een maximumvergoeding van € 500,-- per kalenderjaar, waarbij implantaten zijn uitgesloten van vergoeding. Een en ander resulteert in een vergoeding van maximaal € 119,40. Dit bedrag is aan verzoeker betaald.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat vergoeding van implantaten mogelijk is bij een zeer ernstig geslonken kaak. Gelet op eerdere bindende adviezen van de commissie bestaat ook aanspraak op implantaten bij een dento-alveolair defect. Hierbij dient sprake te zijn van een ernstig botdefect. Op de tandartsnota zijn de kosten gedeclareerd met UPT-code J15. Dit is een code voor algemene kaakverbreding en verhoging. Indien sprake was van een ernstig botdefect zouden andere codes zijn gedeclareerd. Ook uit de foto's blijkt niet van een ernstig dento-alveolair defect.

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 19 tot en met 41 van de zorgverzekering. Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Lid 1

Vergoed worden de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist:

- 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; (...)*

Lid 2

Onder zorg, bedoeld in het eerste lid, onder a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. (...)

- 8.3. Artikel 34 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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. In de aanvullende ziektekostenverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“Tandheelkunde

Vergoed worden tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts uitgevoerd. Niet vergoed worden op dit onderdeel de kosten van een volledige gebitsprothese, orthodontische behandelingen, implantaten en mesostructuur en prothese op implantaten. (...)

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op mondzorg, waaronder het aanbrengen van implantaten, indien bij een verzekerde sprake is van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat hij zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, die gelijk is aan de functie die hij zou hebben gehad indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Verder bestaat aanspraak op implantaten indien sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- 9.2. Het laatste is bij verzoeker niet aan de orde, zodat de mogelijkheid van vergoeding op grond van lid 2 verder onbesproken kan blijven en het geschil beperkt blijft tot de vraag of er een indicatie is als bedoeld in artikel 34 lid 1 onder a van de zorgverzekering. Verzoeker heeft gesteld dat bij hem sprake is van een dento-alveolair defect, hetgeen is aan te merken als een ernstige verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Gelet op een toelichting van het CVZ op deze regeling (www.cvz.nl/zorgpakket/mondzorg) is een blijvend dento-alveolair defect door een ongeval aan te merken als een ernstige verworven afwijking als bedoeld in de regelgeving, tenzij ten tijde van het ongeval naar tandheelkundige opvattingen onvoldoende tandheelkundige functie aanwezig was of al was aangevuld met een partiële prothese of een frameprothese. In het advies van het CVZ van 28 april 2011 wordt geconcludeerd dat bij verzoeker niet is gebleken van een zodanige ernstige aandoening dat een indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig is. In het definitieve advies van 21 juni 2011 heeft het CVZ nog toegelicht dat de aandoening hiertoe qua ernst vergelijkbaar dient te zijn met schisis. Het verlies van één gebitselement, al dan niet inclusief enig kaakbot, levert geen indicatie op voor bijzondere tandheelkundige zorg.
- 9.3. De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg, met uitzondering van implantaten, tot een bedrag van maximaal € 500,- per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

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, 27 juli 2011,

Voorzitter