

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D, in deze vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Mondzorg, paradontaal onderzoek en orthopantomogram (OPG)
Zaaknummer : 2007.2621
Zittingsdatum : 23 juli 2008

Zaak: 2007.2621, mondzorg, parodontaal onderzoek en orthopantomogram (OPG)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door E te F.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 15 november 2007 de kosten van parodontaal onderzoek en een OPG niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zvw.

3.2. De behandelend tandarts-parodontoloog-implantoloog heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "skeletale klasse I-relatie, ontbreken element 47 en palatinale knobbel element 17 iets gezakt waardoor geen optimale kauwfunctie mogelijk is". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "de plaatsing van een implantaat regio 47" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor de beoordeling van zijn aanspraak een OPG en een kostenbegroting nodig zijn.

3.3. Naar aanleiding van het verzoek van de zorgverzekeraar is op 7 augustus 2007 een OPG gemaakt. Die dag heeft tevens een parodontaal onderzoek met pocketstatus plaatsgevonden.

3.4. Bij brief van 24 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

3.5. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn stand-

punt te handhaven.

- 3.6. Naar aanleiding hiervan heeft verzoeker de rekening voor het parodontaal onderzoek en de OPG bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Bij brief van 15 november 2007 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat deze rekening niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.7. Bij brief van 7 december 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de rekening voor het parodontologisch onderzoek en de OPG alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 12 februari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 april 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 juni 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 1 juli 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.11. Bij brief van 21 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 20 juni 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen voor zover het een parodontologisch onderzoek betreft omdat de zorgverzekeraar hierom niet heeft verzocht. en in te willigen voor zover het ziet op een OPG omdat de zorgverzekeraar hierom heeft verzocht, zonder voorafgaande consultering van een adviserend tandarts. Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 juni 2008 aan partijen gezonden.
- 3.12. De zorgverzekeraar heeft op 7 juli 2008 aan verzoeker medegedeeld dat hij naar aanleiding van het advies van het CVZ de OPG zal vergoeden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het parodontaalonderzoek en de OPG op verzoek van de zorgverzekeraar hebben plaatsgevonden, ter beoordeling van een aanvraag voor een implantaat. De daarop gevolgde afwijzing is gebaseerd op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een tandenloze kaak die ernstig geslonken was. Aangezien dit de zorgverzekeraar uit de documenten die bij de aanvraag zijn ingediend op voorhand duidelijk had kunnen zijn, en daarvoor de OPG en het onderzoek niet noodzakelijk was, dient de zorgverzekeraar de kosten daarvan te vergoeden.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verwezen naar richtlijnen waaruit zou blijken dat implantaten uitsluitend worden vergoed als sprake is van een tandenloze en ernstig geslon-

ken kaak. Deze richtlijnen zijn voor verzoeker onbekend en onvindbaar, zodat deze hem niet kunnen tegengeworpen.

4.3. Bij het telefonisch inwinnen van informatie is verzoeker niet medegedeeld dat implantaten slechts in zeer uitzonderlijke gevallen voor vergoeding in aanmerking komen.

4.4. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar, op grond van bovenstaande, tekort is geschoten in de zorgvuldigheid die van hem als zorgverzekeraar mag worden verwacht.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker, wetende dat hij geen tandheelkundige dekking in een afzonderlijke polis had afgesloten, kennis behoren te nemen van de polisvoorwaarden van de basisverzekering, waarin de indicatie voor vergoeding van tandheelkundige implantaten is beschreven. Verzekerden kunnen de polisvoorwaarden schriftelijk en telefonisch opvragen en hebben tevens te allen tijde de mogelijkheid deze te downloaden van de website van de zorgverzekeraar.

5.2. Telefonische toezeggingen voor vergoeding zijn de zorgverzekeraar niet bekend. Er bestaat geen registratie van een gesprek waaruit blijkt dat verzekerde edentaat is en daarmee aanspraak op vergoeding zou kunnen maken, noch het tegenovergestelde daarvan. Uit de brief van verzoeker, waarmee om vergoeding van een implantaat is gevraagd, viel niet op te maken dat het niet om een tandenloze onderkaak zou gaan. Hoewel de situatie zich niet vaak voordoet, is het op de leeftijd van verzoeker niet ongebruikelijk dat een implantaatbehandeling op grond van de basisverzekering worden toegekend. Een verzoek om een OPG en een kosten begroting is daarom gerechtvaardigd.

5.3. Hoewel de OPG ten onrechte niet vergoed bleek te zijn, zijn de kosten van het parodontologisch onderzoek voor rekening van verzoeker.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners> . De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 26 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg bestaat. In het tweede lid wordt met betrekking tot tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen het volgende bepaald:

"Omschrijving: zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. 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 vererven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

(...)

De zorg, zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1, omvat ook 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 tandenloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

(...)

Door: tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts of orthodontist met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring of kaakchirurg.

(...)

Bijzonderheden: de Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook de website van de zorgverzekeraar."

- 7.2. De regeling in artikel 26 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv .
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
- Mondzorg zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.7 Bzv.
- Uit de toelichting op laatstgenoemde artikel blijkt het volgende:

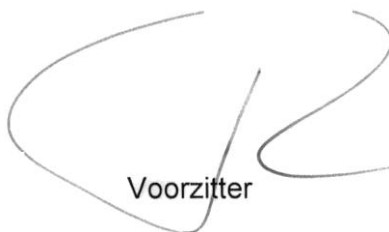
"Net als in de ziekenfondsverzekering bestaat aanspraak op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten voor bijvoorbeeld oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt in die gevallen onder het eerste lid. Daarnaast is, (. . .) als onderdeel van de bijzondere tandheelkunde geregeld dat aanspraak bestaat op een tandheelkundig implantaat indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. Dit is geregeld in het tweede lid."

- 7.4. Aangezien de regeling van de aanspraak als bedoeld in artikel 2.7 lid 1 Bzv niet geheel ondubbelzinnig in de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dient artikel 26 lid 2 van de zorgverzekering te worden uitgelegd met inachtneming van de toepasselijke regelgeving en de bovengeciteerde passage uit de nota van toelichting . Concreet betekent dit dat door de zorgverzekeraar eerst moet worden onderzocht of in de situatie van verzoeker een indicatie bestaat voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.
- 7.5. De diagnose "skeletale klasse I-relatie, ontbreken element 47 en palatinale knobbel element 17 iets gezakt waardoor geen optimale kauwfunctie mogelijk is", is, mede gezien de op 7 mei 2008 toegezonden OPG, niet te beschouwen als een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking als bedoeld in artikel 26 lid 2 van de zorgverzekering.
- 7.6. Tussen partijen is niet in geschil dat de kaak van verzoeker niet zeer ernstig is geslonken en evenmin tandeloos, zodat dienaangaande geen aanspraak bestaat op een tandheelkundig implantaat.
- 7.7. In geschil is slechts of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van het parodontaal onderzoek, aangezien de zorgverzekeraar heeft aangegeven tot vergoeding van de OPG te zullen overgaan.
- 7.8. Met betrekking tot de behandeling op grond van een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking als bedoeld in artikel 26 lid 1 van de zorgverzekering oordeelt de commissie als volgt.
Bij brief van 9 juli 2007 is door de zorgverzekeraar aan verzoeker verzocht om een OPG en een kostenbegroting voorzien van UPT codes, teneinde om de aanvraag te kunnen beoordelen. Verzoeker heeft daarop een rekening ingediend voor een OPG, UPT code X21 en een parodontaal onderzoek met parodontiumstatus, met UTP code T12 .
- 7.9. Voor zover de rekening ziet op een OPG, met UPT code X21, die staat voor 'orthopantomogram, niet voor orthodontie of implantologie in de edentate kaak' stelt de commissie vast dat deze OPG alsnog door de zorgverzekeraar vergoed zal worden. Wat betreft de kosten verbonden aan het parodontaal onderzoek geldt dat een dergelijk onderzoek met parodontiumstatus en UTP code T12 ziet op een 'onderzoek naar de gezondheidssituatie van het tandvlees, inclusief pocketstatus' . Dit onderzoek kan naar het oordeel van de commissie niet worden beschouwd als te zijn gericht op een kostenraming ten behoeve van een implantaat, zodat dit onderzoek niet voor vergoeding in aanmerking komt. Temeer niet, omdat een implantatieplanning, welk onderzoek onder meer de indicatiestelling behelst, een eigen UTP code kent die had kunnen worden gehanteerd door de behandelend tandarts-parodontoloog-implantoloog.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek tot vergoeding van de kosten verbonden van het parodontologisch onderzoek dient te worden afgewezen. Dit laat onverlet dat de commissie termen aanwezig acht, gezien de opstelling van de zorgverzekeraar, laatstgenoemde te verplichten het entreegeld van € 37,00 aan verzoeker te vergoeden.

8 Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van het onder 7.10 bepaalde, toe .
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 27 augustus 2008,



Voorzitter