

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Mondzorg, bijkomende kosten voor implantaatbehandeling
Zaaknummer : 2009.01505
Zittingsdatum : 10 maart 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de kosten van een tandheelkundige behandeling deels te vergoeden tot een bedrag van € 979,50.

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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen module Cosmetisch & Hulpmiddelen en module Buitenland afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het plaatsen van vier implantaten in beide kaken met de daarbij behorende protheses ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Verzoeker heeft hierbij drie begrotingen gevoegd; één begroting ter hoogte van € 1.610,10 voor het voorbereidende werk (zoals ondermeer extractie van elementen, verwijderen kroon- en brugwerk, en twee noodprotheses), één begroting van € 4.867,10 voor de bovenkaak (vier implantaten met daarop een klikgebit zonder verhemelte) en één begroting van € 5.160,20 voor de onderkaak (vier implantaten met daarop een vastgeschroefde brug).
- 3.3. Bij brief van 21 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegegeeld dat de op de eerstgenoemde begroting voorkomende codes P45, P40 en P06 voor vergoeding in aanmerking op grond van de zorgverzekering. Deze kosten worden voor 75 percent vergoed. De overige codes komen op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking. De implantaatbehandeling voor de bovenkaak is akkoord. De implantaatbehandeling van de onderkaak is akkoord, mits twee implantaten worden geplaatst. Tevens dient voor de volledige prothese een J50 in rekening gebracht te worden en niet een J51 en J52. Dit dient een uitneembare prothe-

se te zijn en dus niet een vaste constructie. Voor de uitneembare prothese op implantaten komt een eigen bijdrage van € 90,- per kaak voor eigen rekening.

- 3.4. De behandelend implantoloog heeft bij brief van 2 december 2008 verzocht de in 2008 afgegeven machtiging te verlengen. De implantoloog heeft medegedeeld dat het behandelplan enkele wijzigingen heeft ondergaan. In de onderkaak zullen twee implantaten worden geplaatst ten behoeve van een overkappingsprothese. In de bovenkaak is gebleken dat sinusbodem elevaties noodzakelijk zijn; deze zullen tijdens het plaatsen van de implantaten worden uitgevoerd. De codes J51 en J 52 zijn veranderd in code J50.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hierop bericht dat hij het gewijzigde behandelplan heeft ontvangen. De indicatie voldoet aan de gestelde voorwaarden van de zorgverzekering. De aangevraagde behandeling komt voor vergoeding in aanmerking. Voor de uitneembare prothesen op implantaten, voor de boven- en/of onderkaak, geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaak.
- 3.6. Op 16 februari 2009 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Verzoeker heeft de nota ter hoogte van € 2.051,40 voor de voornoemde behandeling ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota deels, te weten tot een bedrag van € 979,50, vergoed.
- 3.7. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.8. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.9. Bij brief van 1 oktober 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling alsnog volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.10. 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.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 11 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 januari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 januari 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.13. Bij brief van 19 januari 2010 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 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010008421) bij wege van voorlo-

pig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp die noodzaakt tot extractie.

Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 februari 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 22 februari 2010 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ziektekostenverzekeraar met de beslissing van 12 januari 2009 heeft toegezegd de kosten van de tandheelkundige behandeling volledig te vergoeden; alleen de eigen bijdrage voor de protheses en het eigen risico zouden voor zijn rekening blijven. De ziektekostenverzekeraar heeft echter van de nota ad € 2.051,40 een bedrag van € 979,50 vergoed, waardoor een bedrag van € 1.071,90 voor rekening van verzoeker blijft. Het trekken van de tanden en kiezen was noodzakelijk om de behandeling met implantaten (waarvoor een machtiging is verleend door de ziektekostenverzekeraar) mogelijk te maken. De implantoloog heeft hem verzekerd dat alle kosten zouden worden vergoed.

4.2. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in de brief van 21 mei 2008 duidelijk is vermeld dat van de begroting ad € 1.610,10 voor het zogeheten "voorwerk" alleen de codes P45, P40 en P06 worden vergoed; de overige codes komen op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in voornoemde brief vermeld welke wijzigingen in het behandelplan doorgevoerd moeten worden, om de kosten voor de implantaten en protheses voor vergoeding in aanmerking te laten komen. De implantoloog heeft hierop bij brief van 2 december 2008 melding gemaakt van enkele, door hem doorgevoerde wijzigingen. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar met zijn brief van 12 januari 2009 kenbaar gemaakt dat hij de wijziging van het behandelplan heeft beoordeeld en dat de aangevraagde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt, waarbij het voor zich spreekt dat de aangevraagde behandeling uitsluitend betrekking heeft op het plaatsen van tandheelkundige implantaten. De ziektekostenverzekeraar ziet geen grond voor de veronderstelling dat de kosten van het "voorwerk" nu wel vergoed zouden worden - nadat deze eerder waren afgewezen - enkel omdat in tweede instantie de codes betreffende het plaatsen van de implantaten zijn aangepast.

5.2. De ziektekostenverzekeraar is gebleken dat per abuis de codes P40 en P06, bij het vaststellen van de vergoeding van de nota ad € 2.051,40, buiten beschouwing zijn gelaten. Verzoeker heeft daarom nog recht op een aanvullende vergoeding van in totaal € 234,80. Dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar reeds aan verzoeker overgemaakt.

5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het feit dat bepaalde kosten onontkoombaar zijn, niet betekent dat deze kosten eveneens op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Op grond van de zorgverzekering worden de

kosten van het plaatsen van implantaten in een specifieke situatie (namelijk een ernstig geslonken tandeloze kaak) vergoed. De vergoeding beperkt zich tot de kosten die direct met het plaatsen van de implantaten zijn gemoeid. De kosten die moeten worden gemaakt om tot de vereiste tandeloze kaak te komen, vallen niet onder de zorgverzekering. Deze kosten kunnen (gedeeltelijk) worden vergoed uit de aanvullende ziektekostenverzekering module Tandheelkunde. Verzoeker heeft deze module Tandheelkunde echter niet afgesloten, waardoor het onvermijdelijk is dat bepaalde kosten voor zijn rekening blijven.

- 5.4. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat de implantoloog hem verzekerd heeft dat alles zou worden vergoed, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hier blijkbaar sprake is geweest van een communicatiestoornis, aangezien de implantoloog bekend is met de behandelcodes die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Los daarvan heeft de ziektekostenverzekeraar in de brief van 21 mei 2008 duidelijk vermeld dat de kosten van onder meer extracties niet worden vergoed.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 het niet vergoeden van de kosten van extracties, hechtingen en het verwijderen van brugwerk ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving

- 8.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt voor zover hier van belang, als volgt:

“lid 1 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg, tot maximaal het vigerende Wtg-tarief, 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 en 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 Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is slechts onderdeel van de zorg die in het eerste lid onder sub a is opgenomen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

(...)

*lid 6 De verzekerde van tweeëntwintig jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder a, onderscheidenlijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht, indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.
(...)”*

- 8.2. Artikel 31 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3. 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.
- 8.4. 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. De commissie overweegt dat niet in geding is dat verzoeker is aangewezen op een implantaatbehandeling voor zowel de boven- als de onderkaak. Verzoeker is echter van mening dat ook voor vergoeding in aanmerking dienen te komen de kosten, die nodig zijn ter voorbereiding van de implantaatbehandeling.
- 9.2. Een verzekerde met een indicatie voor bijzondere tandheelkunde dan wel een extreem angstige verzekerde heeft op grond van artikel 31, lid 6 van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van onder meer extractie. Echter, deze vergoeding bedraagt slechts het meerdere dat betaald dient te worden boven het reguliere tandheelkundige tarief. De kosten ter hoogte van het reguliere tandheelkundige tarief blijven derhalve altijd voor rekening van de verzekerde. De behandelend implantoloog heeft de reguliere tandheelkundige tarieven in rekening gebracht; deze kosten blijven dus voor rekening van verzoeker voor zover zij niet gedekt zijn onder een door hem gesloten aanvullende verzekering. Voor de kosten van het hechten, alsmede voor de verwijdering van het brugwerk kent de zorgverzekering geen dekking. Ook hiervoor geldt dat de kosten ten laste van verzoeker blijven, tenzij gedekt onder het aanvullend product.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Verzoeker heeft geen aanvullende ziektekostenverzekering waarin een aanspraak voor vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg is opgenomen, daarom is vergoeding uit een aanvullende ziektekostenverzekering niet mogelijk.

Werking privaatrecht

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn beslissing van 21 mei 2008 duidelijk vermeld dat op grond van de zorgverzekering van de begroting ter hoogte van € 1.610,10 alleen de codes P45, P40 en P06 voor vergoeding in aanmerking zouden komen en de overige codes niet. In het verzoek van de implantoloog voor verlenging van de machtiging, waarbij ook de wijzigingen in het behandelplan zijn doorgegeven worden de kosten van het voorbereidende werk niet genoemd. Gezien het voorstaande behoefde de ziektekostenverzekeraar in zijn beslissing van 12 januari 2009 niet nogmaals te vermelden dat de kosten van het voorbereidende werk niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.
- 9.5. Een ziektekostenverzekeraar kan niet gebonden worden door uitspraken die een zorgverlener doet, tenzij de ziektekostenverzekeraar de schijn heeft gewekt dat de zorgverlener daartoe door hem gemachtigd zou zijn. Dit laatste is gesteld noch gebleken.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 maart 2010,

Voorzitter