

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C en D te F
Zaak	: Mondzorg, implantaatbehandeling door kaakchirurg
Zaaknummer	: 2009.00555
Zittingsdatum	: 26 augustus 2009

Zaak: 2009.00555 (Mondzorg, implantaatbehandeling door kaakchirurg)

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 en D te F, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 16 januari 2009 de kosten van een implantaatbehandeling, uitgevoerd door een kaakchirurg, niet 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Zorg polis 3 en Extra Tandarts 1000 afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De tandarts waarbij verzoeker een second opinion heeft laten uitvoeren, heeft hem verwezen naar een kaakchirurg voor het plaatsen van twee implantaten ter plaatse van element 36 en 37. De tandarts heeft dit als volgt toegelicht: "De reden van verwijzing naar een kaakchirurg is dat de 36 destijds is verwijderd in verband met een forse peri-apicale ontsteking. Het bot in het 3^e kwadrant was zodanig aangedaan dat de expertise van een kaakchirurg nodig was om verantwoord 2 implantaten in die regio te plaatsen." Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door de kaakchirurg uitgevoerde implantaatbehandeling, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 16 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 4 en 17 februari 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 16 mei 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 24 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 juni 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 juli 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 29 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 24 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29070974) 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 laten aanbrengen van implantaten. 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, respectievelijk telefonisch 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 hij kampte met een chronische ontsteking, waardoor behandeling door een kaakchirurg noodzakelijk was. Voorafgaand aan de behandeling heeft hij op het regiokantoor van de ziektekostenverzekeraar te Apeldoorn nagevraagd of de behandeling onder de dekking valt. Klaarblijkelijk is van deze contacten geen adequate registratie bijgehouden. Verzoeker vraagt zich verder af wat het nut is van een dure aanvullende verzekering indien deze de kosten niet dekt.

Volgens verzoeker viel de offerte van de kaakchirurg, waarnaar hij door de tandarts die een second opinion uitvoerde werd verwezen, € 350,-- lager uit dan de begroting van de eigen tandarts. Het bevreemdt verzoeker dan ook dat de duurdere behandeling wel zou zijn vergoed, zoals hem door een medewerker van het regiokantoor is medegedeeld.

4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. In 2007 heeft hij het zorgkantoor van de ziektekostenverzekeraar bezocht, omdat de polisvoorwaarden hem niet duidelijk waren. Hij had een ontsteking in de kaak, en is geadviseerd door de kaakchirurg om kronen en een implantaat te laten aanbrengen. Bij navraag bij het zorgkantoor is nooit gezegd dat voor het aanbrengen van implantaten noodzakelijk is dat sprake is van een tandeloze kaak, dan wel dat de behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts. Later heeft de echtgenote van verzoeker telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Daarbij werd haar verteld dat bepaalde codes onder die op de rekening staan onder de aanspraken vanuit de zorgverzekering vallen, en andere onder de aanspraken vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Ook tijdens dit gesprek is nooit gezegd dat geen vergoeding zou plaatsvinden.

4.3. 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 voorwaarden van de zorgverzekering, dat deze alleen dekking biedt voor de kosten van een implantaatbehandeling indien het implantaat wordt ingebracht in een tandeloze kaak en dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. Verzoeker is niet tandeloos, terwijl het implantaat niet dient ter bevestiging van een prothese.

5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering dekt alleen hulpverlening door een tandarts. In dit geval is de behandeling echter uitgevoerd door een kaakchirurg. Van een of meer bezoeken aan het regiokantoor in 2008, is in de administratie van de ziektekostenverzekeraar geen aantekening te vinden. Wel zijn contacten op 20 en 21 januari 2009 vastgelegd. De behandeling had toen al plaatsgevonden. Overigens is toen ook niet gerefereerd aan eerdere bezoeken waarbij een toezegging zou zijn gedaan.

5.3. De ziektekostenverzekeraar tekent nog aan dat de behandeling door een kaakchirurg goedkoper lijkt uit te vallen omdat de materiaalkosten ten laste van het ziekenhuisbudget zijn gebracht. Deze hadden eigenlijk aan verzoeker moeten worden doorberekend. Het betreft een bedrag van € 720,--. De totale kosten zouden daarmee hoger zijn dan het door de tandarts begrote bedrag.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in het computersysteem alle telefonische contacten en bezoeken aan de balie worden geregistreerd. Er zijn echter geen vragen gesteld over het aanbrengen van implantaten. De verwijdering van het abces door de kaakchirurg is vergoed, omdat dit een gewone kaakchirurgische behandeling is. Het geschil heeft betrekking op de vergoeding van de implantaatbehandeling vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. In de voorwaarden staat dat de behandeling alleen door een tandarts mag worden uitge-

voerd. De reden hiervoor is dat een kaakchirurg doorgaans hogere bedragen in rekening brengt dan de tandarts.

- 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van de implantaatbehandeling, uitgevoerd door een kaakchirurg, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 3.6 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Omschrijving

Lid 1

Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden met dien verstande dat het slechts noodzakelijke tandheelkundige zorg betreft indien:

- a. *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 had voorgedaan; (...)*

Lid 2

*Onder zorg, bedoeld onder lid 1 sub a van de omschrijving van dit artikel, 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.
(...)*

Lid 5

In andere gevallen dan de zorg zoals omschreven in lid 1 van de omschrijving van dit artikel, omvat mondzorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder:

- a. *Chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat; (...)*”

- 7.3. Artikel 3.6 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzeke-

ring (Rzv).

- 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 het onderhavige geval is de implantaatbehandeling uitgevoerd door een kaakchirurg. Uit artikel 3.6 lid 5 onder a van de zorgverzekering volgt dat een implantaatbehandeling door een kaakchirurg niet tot de verzekerde prestaties behoort. De omstandigheid dat de behandeling goedkoper is dan indien deze zou zijn uitgevoerd door een tandarts maakt, zo deze stelling al juist zou zijn, het voorgaande niet anders.
- 7.7. Om voor vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde in aanmerking te komen, geldt blijkens de toepasselijke bepaling in de zorgverzekering de eis dat sprake dient te zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. In de nota van toelichting op het onderliggende Bzv is uiteengezet in welke gevallen een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig is. In dit verband worden met name oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen genoemd. Voor het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur geldt daarbij als eis dat sprake dient te zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en dat het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. In de situatie van verzoeker ontbreekt een indicatie voor bijzondere tandheelkunde; er is niet voldaan aan de eis van een ernstig geslonken tandeloze kaak, en het implantaat dient niet als steun voor een uitneembare volledige prothese. Derhalve is niet voldaan aan het gestelde in artikel 3.6 leden 1 en 2 van de zorgverzekering.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. Artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering ziet op de 'Overige tandheelkundige zorg'. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, aldus:

“Omschrijving

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor overige tandheelkundige zorg anders dan omschreven in artikel 3.1.

Door

Tandheelkundige zorg zoals beschreven in dit artikel dient te worden verleend door een tandarts die staat geregistreerd conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG. (...)”

- 7.10. De commissie concludeert dat de aanvullende ziektekostenverzekering beoogt dekking te bieden voor tandheelkundige zorg, een en ander met inachtneming van de

specifieke voorwaarden. Chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard valt derhalve niet onder de dekking. Dit is in zoverre ook logisch nu deze kosten in beginsel al gedekt zijn onder de zorgverzekering. Voorts dient deze tandheelkundige zorg te worden verleend door een tandarts-algemeen practicus, orthodontist of mondhygiënist, zoals uit de bepalingen blijkt. De kaakchirurg wordt daarin niet als zorgverlener genoemd.

Gelet op het hiervoor overwogene, is de mededeling van de kant van de ziektekostenverzekeraar dat, indien de behandeling zou zijn uitgevoerd door de tandarts, op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering een (gedeeltelijke) vergoeding zou zijn verleend, juist.

- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, eveneens dient te worden afgewezen.

Werking privaatrecht

- 7.12. Tenslotte rest ter beantwoording de vraag of verzoeker tijdens één of meer bezoeken aan het regiokantoor van de ziektekostenverzekeraar zou zijn toegezegd dat de onderhavige kosten onder de dekking vallen, hetgeen aanleiding geeft tot een andere uitkomst.
- Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde contactenregistratie, blijkt dat op 20 januari 2009 een telefoongesprek heeft plaatsgevonden en dat verzoeker op 21 januari 2009 in de ochtend een bezoek heeft gebracht aan het regiokantoor. Eerdere contacten over de behandeling zijn bij de ziektekostenverzekeraar niet bekend. Verzoeker vermeldt niet wanneer en met wie hij heeft gesproken. Wel refereert hij aan een contact “over de dekkingsvraag” van 26 november 2008. Voor alle hier genoemde telefoongesprekken en bezoeken geldt dat deze hebben plaatsgevonden nadat de behandeling was uitgevoerd. Dit laatste klemmt temeer nu in artikel 3.6 van de zorgverzekering de eis van voorafgaande schriftelijke toestemming van de ziektekostenverzekeraar is opgenomen.
- 7.13. De commissie concludeert dat verzoeker in de procedure niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij op andere dan de vermelde data het regiokantoor heeft bezocht, respectievelijk dat hem bij één of meer van deze bezoeken bepaalde toezeggingen omtrent de vergoeding van de implantaatbehandeling door de kaakchirurg zijn gedaan.
- 7.14. Ten overvloede voegt de commissie hier aan toe dat verzoeker in zijn brieven van 5 en 6 februari 2009, waarmee hij bij de ziektekostenverzekeraar opkomt tegen de afwijzing, ook geen enkele melding maakt van een toezegging tot vergoeding, hoewel dit wel in de rede zou hebben gelegen. Verzoeker spreekt hier uitsluitend van “een nadere toelichting (...) met, met name, een verwijzing naar de clausele waar dat uit af te leiden zou zijn” en “een schriftelijke nadere uitleg”, die zou zijn toegezegd.
- 7.15. Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat het verzoek moet worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 september 2009,

Voorzitter