

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Mondzorg, implantaten, kronen
Zaaknummer : 2010.00228
Zittingsdatum : 22 september 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 13 juli, 7 en 21 september en 29 december 2007 de kosten van een tandheelkundige behandeling (hierna: de aanspraak) gedeeltelijk te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 16 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen 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 3 mei 2010 heeft verzoekster 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 (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juli 2010 aan verzoekster ge-

zonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 juli 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 september 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 26 juli 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 25 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010095807) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor de gevraagde behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 22 september 2010 telefonisch gehoord. Ook de ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch deelgenomen aan de hoorzitting. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat verzoekster een overzicht moet maken waarop staat om welke uitkeringsberichten het gaat, en welke bedragen zijn afgewezen met als reden "geen machtiging". Verzoekster heeft bij brief van 29 september 2010 deze informatie naar de commissie gestuurd.
- 3.11. Zoals ter zitting is afgesproken heeft de ziektekostenverzekeraar op 2 november 2010, na ontvangst van de nadere informatie van verzoekster, een overzicht gemaakt waarbij is aangegeven welke verrichtingen wel en niet zijn vergoed, met vermelding van de reden van afwijzing.
- 3.12. Bij brief van 5 november 2010 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 11 november 2010 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij op 14 maart 2007 de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht haar mede te delen welke vergoeding verleend zal worden op grond van het meegezonden behandelplan. De ziektekostenverzekeraar heeft haar hierop medegedeeld dat voor de betreffende behandeling geen begroting noodzakelijk is. Voor de vergoeding van de kosten wordt verzoekster verwezen naar de polisvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende begroting geretourneerd en daarbij een sterretje gezet achter de codes die niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster mocht daarom erop vertrouwen dat alle codes, waar geen sterretje achter was gezet, vergoed zouden worden.
- 4.2. Een verwijzing naar de polisvoorwaarden is volgens verzoekster volstrekt onvoldoende als antwoord op een expliciete vraag. Ook in een daaropvolgend telefoongesprek heeft de ziektekostenverzekeraar haar verteld dat er geen enkel probleem was.

Op 2 april 2008 heeft de behandelend tandarts nogmaals een begroting ingediend. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar wederom medegedeeld dat een begroting voor deze behandeling niet noodzakelijk is. Nu wordt de vergoeding geweigerd, omdat geen machtiging is verleend. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar nagelaten te vermelden in welke periode de behandeling moest plaatsvinden.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Verzoekster heeft in 1999 een aanvraag voor de tandheelkundige behandeling ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Daarna kreeg zij echter kanker, zodat zij niet is gestart met de behandeling. Eerst vijf jaar later was zij van de ziekte af. De eigen tandarts wilde de behandeling niet uitvoeren, zodat zij een second opinion heeft gevraagd. Vervolgens heeft zij een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Zij ontving een formulier terug met daarbij de door haar ingezonden begroting. Op de begroting waren kruisjes geplaatst. Verzoekster heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij heeft gevraagd of de overige kosten wel volledig werden vergoed. Desgevraagd verklaart verzoekster dat de door haar ingezonden begroting nog geen kruisjes bevatte. Op het uitkeringsoverzicht staat bij een paar verrichtingencodes dat geen machtiging is gevraagd. Verzoekster heeft echter een begroting ingezonden, hetgeen dient te worden opgevat als een verzoek om een machtiging.
- 4.4. Verzoekster 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 op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de tandheelkundige kosten omdat geen sprake is van bijzondere tandheelkundige zorg. De ingediende nota's zijn gedeeltelijk vergoed conform de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. De techniek- en materiaalkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking. De verrichtingen met codes R25 en R40 zijn niet vergoed, omdat aanspraak bestaat op behandeling van maximaal drie gebitselementen per jaar. In 2007 waren reeds drie verrichtingen met code R25 gedeeltelijk vergoed. Ook hierbij geldt dat de techniek- en materiaal-kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.2. De door verzoekster toegestuurde begrotingen waren in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering niet nodig. Gelet op de in de begrotingen opgenomen tariefcodes kon verzoekster deze naast de in de polisvoorwaarden vermelde codes leggen en zien welke vergoedingen zij per code zou kunnen krijgen. Dat is volgens de ziektekostenverzekeraar niet ingewikkeld om na te gaan.
- 5.3. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend wie op de begrotingen met de hand heeft aangegeven wat in ieder geval niet vergoed zou worden. Dit is niet iets dat de ziektekostenverzekeraar normaliter doet. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij geen toezeggingen heeft gedaan dat er bepaalde tariefcodes in afwijking van de polisvoorwaarden vergoed zouden worden.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald, dat het niet gebruikelijk is een begroting met kruisjes terug te sturen naar een verzekerde. De kruisjes komen

bovendien niet overeen met de aanspraken volgens de polisvoorwaarden. De polisvoorwaarden zijn leidend, en verzoekster had hiervan kennis moeten nemen. Verzoekster heeft ruim € 6.000,- aan tandartsnota's gedeclareerd. De verrichting met code R25 is drie keer vergoed; dit is het maximum aantal dat voor vergoeding in aanmerking komt. Het kan zijn dat het in eerste instantie niet duidelijk was wat vergoed zou worden, met welke reden de begroting is opgevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft conform de polisvoorwaarden vergoed.

Op de uitkeringsoverzichten is vermeld dat de afwijzing van bepaalde codes is gebaseerd op het ontbreken van een machtiging, omdat in eerste instantie is gedacht dat de aanspraak onder de zorgverzekering viel. Later bleek dat alleen de aanvullende ziektekostenverzekering van toepassing is. Met het laatste uitkeringsoverzicht is een en ander gecorrigeerd. In het nader commentaar van de ziektekostenverzekeraar staat welke codes zijn vergoed. De verrichtingen met de codes I31, I60, I10 en I13 zijn vergoed. Deze verrichtingen hebben als behandeldatum 1 april 2007. Er is wel een hoge eigen bijdrage; deze houdt verband met het feit dat meer is gedeclareerd dan de afgesproken tarieven.

Implantaten kunnen onder bepaalde voorwaarden ten laste van de zorgverzekering worden gebracht, hetgeen de reden kan zijn dat om een machtiging is gevraagd. Onder de aanvullende verzekering bestaat ook dekking; waarschijnlijk is deze door verzoekster opgebruikt. Er is veel gedeclareerd. Onduidelijk is hoeveel implantaten in 2007 zijn aangebracht.

- 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 ten aanzien van de zorgverzekering, bindend advies uit te brengen.
- 6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de onderhavige tandheelkundige zorg volledig te vergoeden.

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 8.4 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 8.7 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1 Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

a indien 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;

(...)

3 Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de supra-structuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;

(...)"

- 8.3. Artikel 8.7 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten als sprake is 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. Uit de aan de commissie overgelegde stukken is niet gebleken dat bij verzoekster sprake is van een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel die in ernst te vergelijken is met één van bovengenoemde aandoeningen.
- 9.2. Daarnaast bestaat aanspraak op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Verzoekster voldoet niet aan deze voorwaarde. Daarom dient het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, te worden afgewezen.

Opgewekt vertrouwen

- 9.3. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de door haar ingediende begroting voor de tandheelkundige behandeling heeft geretourneerd met daarop aantekeningen bij de onderdelen die niet voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar stelt evenwel dat die aantekeningen niet van hem afkomstig zijn. Boven-

dien is in het dossier geen begeleidende brief aangetroffen die bij deze geannoteerde begroting zou horen.

Door verzoekster is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de ziektekostenverzekeraar de aantekeningen heeft gemaakt op de door verzoekster ingediende begroting. Daarom is niet komen vast te staan dat verzoekster gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat de onderhavige kosten vergoed zouden worden.

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, 15 december 2010,

Voorzitter