

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

|               |                                                   |
|---------------|---------------------------------------------------|
| Partijen      | : A te B, versus C en D, beide te E               |
| Zaak          | : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten |
| Zaaknummer    | : 2008.02601                                      |
| Zittingsdatum | : 8 april 2009                                    |

Zaak: 2008.02601 (mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten)

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, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 3 september en 16 oktober 2008 een implantaatbehandeling en een orthodontische behandeling af te wijzen.

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 Zorg-op-maatpolis (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 Ideaal en Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De huisarts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Patiënt is bekend met HIV. Op basis van een stomatitis is hij al zijn kiezen thv de onderkaak en thv de bovenkaak re kwijtgeraakt. Hierdoor is er een duidelijke regressie van vooral het mandibulaire bot". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "plaatsing van vier implantaten, en aanvullende orthodontische behandeling", ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen. Een latere aanvraag van verzoeker is op 16 oktober 2008 eveneens door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 november 2008 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 5 januari 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 13 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 februari 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 februari 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 16 februari 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 11 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel die is te vergelijken met schisis. 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 8 april 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 9 april 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 14 april 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 veel pijn en ongemak ondervindt van zijn gebit, omdat door het gebruik van NSAID's een stomatitis en een forse paradontitis zijn opgetreden, waardoor een groot deel van zijn tanden en kiezen verloren is gegaan. Volgens verzoeker is bij hem sprake van een dusdanig ernstige situatie, dat hij recht heeft op bijzondere tandheelkunde en aanvullende behandelingen orthodontie.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Tijdens de ziekenhuisopname is hij twaalf kilo kwijtgeraakt. Hij had ook hevige bloedingen. Het lukt

hem niet om een gezond gewicht te bereiken. Verzoeker geeft aan een heraanvraag te hebben gedaan voor implantaten. Aan één kant is zijn kaak zodanig geslonken dat eerst bot moet worden geplaatst.

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, dat verzoeker geen recht heeft op verstrekking vanuit de zorgverzekering, omdat bij hem geen sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Verder dienen de implantaten niet ter bevestiging van een uitneembare prothese, en is bij verzoeker niet gebleken van een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Nu geen sprake is van één van bovenstaande stoornissen of afwijkingen, heeft verzoeker geen recht op verstrekking van behandelingen orthodontie.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat alleen in uitzonderingsgevallen vergoeding mogelijk is. Om die reden biedt de ziektekostenverzekeraar ook aanvullende producten aan. Verzoeker heeft evenwel gekozen voor een minder uitgebreid product, met een beperkte vergoeding.

5.3. 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. Het geschil spitst zich toe op de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op de door hem gewenste implantaatbehandeling, 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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 39 van de zorgverzekering.

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

*“Artikel 31 Mondzorg*

*lid 1*

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

- 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, onderdeel 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.*

*(...)*

*lid 3*

*Orthodontische hulp is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mede-diagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. (...)"*

- 7.3. Artikel 31 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (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. Volgens de tussen partijen geldende polisvoorwaarden kan het aanbrengen van implantaten slechts dan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht, indien sprake is van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, dat geen tandheelkundige functie kan worden behouden, gelijk aan die welke zou bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Blijkens de nota van toelichting op het Bzv met betrekking tot artikel 2.7 lid 1 dient het daarbij te gaan om bijvoorbeeld oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
- 7.7. Om op grond van lid 3 van genoemd artikel aanspraak te kunnen op een implantaat-behandeling, moet sprake zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Bij verzoeker is geen sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel die in ernst te vergelijken is met één van bovengenoemde aandoeningen; ook voldoet hij niet aan de eis van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Hij kan daarom geen aanspraak maken op de plaatsing van de implantaten, ten laste van de zorgverzekering.
- 7.8. Met betrekking tot de orthodontische hulp merkt de commissie op dat, afgezien van de vraag of verzoeker kampt met een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het

tand-kaak-mondstelsel, bij hem geen sprake is van een behandeling waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheeldkundige noodzakelijk is.

- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 7.10. Artikel 9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

#### *“9.1 Mondzorg algemeen*

##### *9.1.1 Vergoeding algemeen*

*Onder mondzorg wordt verstaan hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet met mondzorg wordt bedoeld.”*

Op het vergoedingenoverzicht is de hoogte van de vergoeding met betrekking tot mondzorg geregeld:

|                                                                       |                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <i>“Mondzorg</i>                                                      | <i>De totale vergoeding per jaar is per verzekerde max. € 450,-</i>          |
| <i>1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> preventieve onderzoek (C11/C12)</i> | <i>100%</i>                                                                  |
| <i>Restauratieve voorzieningen UPT-code “R”</i>                       | <i>50%</i>                                                                   |
| <i>Tandprothetiek UPT-code “P” of “I”</i>                             | <i>50%</i>                                                                   |
| <i>Overige mondzorg</i>                                               | <i>75%</i>                                                                   |
| <i>Orthodontie (gebitsregulatie):</i>                                 |                                                                              |
| <i>(...)</i>                                                          |                                                                              |
| <i>Voor verzekerden vanaf 22 jaar</i>                                 | <i>80%, max. € 345,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering”</i> |

- 7.11. Verzoeker heeft recht op vergoeding van de door hem gewenste mondzorg, tot een maximaal bedrag van € 450,00, indien wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden. Verder heeft hij recht op een éénmalig bedrag van € 345,00 voor de door hem gewenste orthodontische behandelingen. Genoemde bedragen zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Derhalve kan verzoeker geen recht doen gelden op hogere vergoedingen dan reeds aan hem zijn uitgekeerd.
- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, eveneens dient te worden afgewezen.

### **8. Het bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2009,

Voorzitter