

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Mondzorg, implantaatbehandeling, gebitsprothesen
Zaaknummer : 2008.01897
Zittingsdatum : 11 februari 2009

Zaak: 2008.01897 (Mondzorg, implantaatbehandeling, gebitsprothesen)

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)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 15 juli 2008 de kosten van een implantaatbehandeling en van gebitsprothesen 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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Verzoeker heeft aanvankelijk een opstelling voor een implantaatbehandeling en een onder- en bovenprothese, gedateerd 18 januari 2008, ingediend bij de zorgverzekeraar. Bij brief van 8 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar hier op gereageerd. Tussen 29 januari en 25 juni 2008 is de behandeling uitgevoerd, waarna verzoeker bij de zorgverzekeraar aanspraak heeft gemaakt op – gedeeltelijke – vergoeding van de met die behandeling gemoeide kosten, alsmede van de kosten van de onder- en bovenprothese, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat diens aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 augustus 2008 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brieven van 10 en 14 september 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering

(hierna: het verzoek).

- 3.6. 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. Bij dit verzoek was een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 10 november 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 november 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 november 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 29 januari 2009 aangegeven af te zien van horen.
- 3.9. Bij brief van 26 november 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 december 2008 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 zoals vermeld in artikel 37 van de tussen partijen afgesloten zorgverzekering, en evenmin van een ernstig geslonken tandeloze kaak waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 december 2008 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 11 februari 2009 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 12 februari 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 17 februari 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 geen eigen tanden en kiezen meer heeft.
Op 21 januari 2008 heeft hij een afschrift van een “factuur”, gedagtekend 18 januari 2008, aan de zorgverzekeraar gezonden met het verzoek hem mede te delen welke van de te maken kosten declarabel zouden zijn. Bij brief van 8 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar geantwoord: “De basisverzekering vergoedt de kosten van een volledig uitneembare boven- en/of onderprothese inclusief de techniekkosten voor 75%”. Verzoeker was ervan overtuigd dat de zorgverzekeraar goed naar zijn verzoek had gekeken. Hij heeft uit de reactie d.d. 8 februari 2008 van de zorgverzekeraar op de door hem ingediende “factuur” begrepen dat 75 percent van de kosten zou worden vergoed. Het kan volgens verzoeker niet zo zijn dat hem wordt tegengeworpen dat hij de – inmiddels toegegeven – onzorgvuldigheid in die brief van de zorgverzekeraar had moeten vaststellen.

4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Hij licht toe dat het hem enkel ging om de “declarabiliteit”. De zorgverzekeraar had kunnen stellen dat daarop geen antwoord kon worden gegeven omdat de procedure niet was gevolgd. In plaats daarvan werd echter een brief verzonden. Verzoeker meent dat hij op de inhoud daarvan mocht vertrouwen. Hij koesterde geen argwaan omdat hij aannam dat het door de zorgverzekeraar wellicht als vaststaand werd beschouwd dat personen van 75 jaar en ouder kampen met ernstig geslonken kaken. Dat een onderscheid wordt gemaakt tussen gewone uitneembare prothesen en prothesen op implantaten, werd hem pas duidelijk na ontvangst van het CVZ-advies.

4.3. 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 niet vooraf een aanvraag is gedaan. De behandeling is ook niet gedaan door een kaakchirurg, tandarts of centrum voor bijzondere tandheelkunde. Bij de beoordeling achteraf is gebleken dat verzoeker geen indicatie heeft voor een implantaatbehandeling, aangezien zijn resterende gebitselementen kort voor de behandeling waren getrokken zodat niet wordt voldaan aan de voorwaarde van een ernstig geslonken kaak.

5.2. Hoewel de zorgverzekeraar erkent dat de brief van 8 februari 2008 geen schoonheidsprijs verdient, ziet hij daarin geen grond de implantaatbehandeling toch te vergoeden. Ook tot vergoeding van de kosten van de onder- en bovenprothese ziet de zorgverzekeraar geen aanleiding, nu het hier gaat om uitneembare prothesen op implantaten, waarvoor een aparte vergoedingsregeling bestaat.

5.3. 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 37 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige implantaten bestaat. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang, aldus:

“37.1 Implantaten

U heeft aanspraak op tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare prothese wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Voorwaarden

- *Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door een kaakchirurg, een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.*
- *Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.*

37.2 Uitneembare volledige prothese op implantaten

U heeft aanspraak op een uitneembare volledige prothese op implantaten wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aan-doening zich niet zou hebben voorgedaan.

Voorwaarden

- *Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door een kaakchirurg, een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.*
- *Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.*
- *De implantaat gedragen prothese moet vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts, een door ons gecontracteerde tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.*
- *Wanneer de prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde gelden in plaats van de UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes, de door de NZa vastgestelde tarieven.”*

- 7.2. Artikel 37 is volgens artikel 2.1 van de verzekeringsvoorwaarden gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 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 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.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is verzoeker de kosten van de implantaatbehandeling en de onder- en bovenprothese te vergoeden. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 7.6. Naar uit de stukken blijkt, is de behandeling van verzoeker gestart op 29 januari 2008. Er zijn toen zowel in de onder- als de bovenkaak resterende gebitselementen getrokken. Kennelijk is daarna een (immediaat)prothese vervaardigd en geplaatst. De behandelend implantoloog vermeldt in zijn brief van 24 juli 2008 althans: “Na vervaardiging van een nieuwe boven- en onderprothese is de situatie nog steeds niet adequaat.” De commissie constateert vervolgens dat de implantaatbehandeling reeds op 25 juni 2008 werd afgerond. Gelet op deze gang van zaken en gezien het tijdsverloop beschikte verzoeker niet over een indicatie, en valt niet aan te nemen dat hij toen al voldeed aan de voorwaarde dat sprake moet zijn van een ernstig geslonken

tandeloze kaak. Voorts is van belang dat een implantaatbehandeling moet worden gezien als een ultimum remedium dat eerst aan de orde kan zijn indien gebleken is dat een normale prothetische voorziening voor de betrokkene, ook na eventuele aanpassing, niet adequaat is, omdat de kaak daarvoor te ernstig is geslonken.

Verder stelt de commissie vast dat de ingediende opstelling van 18 januari 2008 niet is te beschouwen als een aanvraag als bedoeld in artikel 37.1 van de zorgverzekering. Zo ontbreekt een behandelplan. De opstelling is bovendien niet ingediend door een kaakchirurg, tandarts of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, maar door verzoeker zelf.

- 7.7. Een en ander leidt tot de conclusie dat verzoeker, op grond van de verzekeringsvoorwaarden geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de implantaatbehandeling, respectievelijk de kosten van een onder- en bovenprothese op implantaten. Voor de betreffende onder- en bovenprothese gelden immers vrijwel dezelfde eisen.
- 7.8. Met betrekking tot de stelling dat verzoeker aan de brief van de zorgverzekeraar van 8 februari 2008 bepaalde verwachtingen mocht ontleen, oordeelt de commissie als volgt. In de brief wordt, in antwoord op een door verzoeker op voormelde opstelling van 18 januari 2008 uitdrukkelijk aangegeven vraag van 21 januari 2008 welke kosten worden vergoed, medegedeeld:

“Vergoeding

De basisverzekering vergoedt de kosten van een volledig uitneembare volledige boven- en/of onderprothese inclusief de techniekkosten voor 75%. Op deze vergoeding is het verplichte en het eventueel door u afgesloten vrijwillige eigen risico van toepassing.

De vergoeding voor een prothese is eenmaal in de vijf jaar mogelijk. Wanneer deze binnen 5 jaar wordt vervangen, moeten wij u hiervoor eerst toestemming hebben verleend.

De resterende kosten worden helaas niet vergoed, omdat u hiervoor niet de juiste polis heeft afgesloten.

Voorwaarde

Uitsluitend nota's die zijn opgesteld conform de Tarievenlijst Tandartsen en de bijbehorende algemene bepalingen komen voor vergoeding in aanmerking.”

- 7.9. Nu de brief een reactie is op de aldus door verzoeker op 21 januari 2008 ingediende opstelling, is de commissie van oordeel dat verzoeker de correspondentie redelijkerwijs heeft mogen opvatten zoals hij deze heeft opgevat, namelijk dat de kosten van de onder- en bovenprothese, inclusief de techniekkosten, en met inachtneming van de UPT-codes en-tarieven, voor 75 percent zouden worden vergoed door de zorgverzekeraar. Naar het oordeel van de commissie gebiedt in deze de redelijkheid niet dat verzoeker had moeten begrijpen dat op zijn duidelijke vraag een onjuist antwoord was gegeven. Aangezien de zorgverzekeraar voorts heeft medegedeeld dat “de resterende kosten” niet worden vergoed, blijven de kosten van de implantaatbehandeling voor rekening van verzoeker.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het gaat om de vergoeding, op basis van 75 percent, van de kosten van de onder- en bovenprothese, inclusief de techniekkosten, en met inachtneming van de UPT-codes en -tarieven. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

8. Het bindend advies

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

Zeist, 25 februari 2009,

Voorzitter