

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Mondzorg, implantaten
Zaaknummer : 2011.00572
Zittingsdatum : 23 november 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs.

2011.00572, p. 1/8

P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, art. 6:238 BW)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (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 Excellent en T Royaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van het aanbrengen van twee implantaten, ten bedrage van € 1.656,40 (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 17 november 2010 en 26 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, tot een bedrag van € 821,60, wordt ingewilligd ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing 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 25 juli 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 september 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 november 2011 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 21 september 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 oktober 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011098051) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een ernstige tandheelkundige aandoening. Het verlies van één of enkele gebitselementen levert geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg op. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 2 november 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 23 november 2011 in persoon gehoord, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 24 november 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 29 november 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend tandarts heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “(...) *Wortel-fractuur element 36 = verloren, Veel problemen met element 46, regelmatig fistelvorming en mesiale kanalen zijn in tegenstelling tot wat foto doet vermoeden volledig geoblitereerd. (...)*”, en stelt het volgende voor: “(...) *beide elementen vervangen middels implantologie*”.
- 4.2. Verzoekster stelt dat het aanbrengen van de solitaire implantaten volledig dient te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. In haar geval is sprake van de situatie als genoemd onder het tweede gedachtestreepje van artikel 39 van de zorgverzekering, te weten die waarin “*een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan*”. De andere gevallen zoals genoemd in artikel 39 van de zorgverzekering zijn derhalve in haar situatie niet van toepassing. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat sprake moet zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, een aangeboren afwijking of geestelijke afwijking. Voorts stelt verzoekster dat de betreffende polisvoorwaarde door de ziektekos-

tenverzekeraar onjuist wordt uitgelegd. Bij een klaarblijkelijk onduidelijke voorwaarde dient de voor verzekerde meest gunstige uitleg te prevaleren. De solitaire implantaten dienen volledig te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij maagklachten had en zij hiervoor de huisarts heeft bezocht. Uiteindelijk bleek de oorzaak van tandheelkundige aard. Twee elementen zou moeten worden verwijderd en vervangen door kronen op implantaten. De vergoeding van de implantaten op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering viel tegen. Bij lezing van de voorwaarden stuitte zij op artikel 39 sub 2 van de zorgverzekering. Een toelichting op dit artikel kon de ziektekostenverzekeraar op haar verzoek niet geven. Hierop heeft zij een klacht ingediend en dit heeft geleid tot de procedure bij de commissie. Verzoekster stelt dat het erom gaat dat de verzekeringsvoorwaarden onduidelijk en onbegrijpelijk zijn. Dit blijkt al uit het feit dat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar geen uitleg kon geven. De verzekeringsvoorwaarden zijn geënt op de wet, maar zijn niet eenduidig. Zij heeft artikel 39 sub 2 van de zorgverzekering aldus begrepen dat haar kauwfunctie problematisch was en zelfs verloren dreigde te gaan, en zij als gevolg daarvan maagklachten had. De tandheelkundige behandeling was om die reden geïndiceerd.

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 het aanbrengen van solitaire implantaten onder meer voor vergoeding in aanmerking kan komen ten laste van de zorgverzekering, indien sprake is van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel, zodat verzekerde zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die verzekerde gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan, of indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die verzekerde gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Hiervan is in het geval van verzoekster geen sprake. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake is van onduidelijke voorwaarden. Artikel 39 van de zorgverzekering is nagenoeg gelijklopend aan artikel 2.7 Bzv, en over de betekenis hiervan bestaat geen twijfel. De solitaire implantaten komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering recht heeft op vergoeding van maximaal € 900,-- per kalenderjaar. Nu verzoekster in 2010 reeds € 78,40 vergoed heeft gekregen ter zake van tandartskosten, heeft zij voor genoemd jaar nog aanspraak op een vergoeding van maximaal € 821,60 voor de implantaten, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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 of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering.

Artikel 39 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

Wij vergoeden de kosten van een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;*
- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan*

(…)

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.*
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan.*
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.”*

Artikel 37 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op implantaten bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis,

groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel 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.

- 8.3. Artikel 39 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden 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.
- 8.6. Hoofdstuk 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van tandheelkundige behandelingen, en luidt, voor zover hier van belang:

“Aanvullende verzekeringen Tandartskosten

Wij vergoeden aan verzekerden de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of een tandprotheticus. Voor verzekerden is de vergoeding van de aanvullende verzekering tandheelkunde een aanvulling op de vergoeding uit het (Keuze) Zorg Plan.

Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%.

(...)

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor 75% wanneer u een T Start, T Extra of T Royaal heeft en voor 100% wanneer u een T Excellent heeft.

(...)

Vergoedingen: De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

(...)

T ROYAAL

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%

- overige codes: 75%

- totale vergoeding is maximaal € 900,- per verzekerde per kalenderjaar (...)

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aanspraak op vergoeding van implantaten bestaat indien sprake is van een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat de verzekerde zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven die gelijk is aan de functie die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Gelet op de nota van toelichting bij het Bzv kan van een dergelijke situatie worden gesproken in het geval van oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. De opsomming is niet limitatief, doch andere aandoeningen dienen hiermee in ernst vergelijkbaar te zijn. Bij verzoekster is sprake van problemen aan twee gebitselementen. Van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld in artikel 39 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering is bij verzoekster zodoende niet gebleken.
- 9.2. Voorts is bij verzoekster geen sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese, zodat zij ook op die grond geen aanspraak heeft op vergoeding van implantaten ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. De uitleg die verzoekster geeft aan de situatie zoals beschreven in artikel 39 tweede gedachtestreepje van de “Aanspraken” van de zorgverzekering (*“een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben”*) berust op een onjuiste lezing van deze voorwaarde. In dit verband wordt bedoeld op een medische behandeling, niet zijnde een tandheelkundige behandeling, die zonder de tandheelkundige behandeling aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Hierbij dient aan zeer specifieke situaties te worden gedacht, zoals bijvoorbeeld het ondergaan van een hartoperatie, waarbij de toestand van het gebit bepaalde risico's voor het welslagen van de behandeling met zich brengt. Nog daargelaten of in het onderhavige geval kan worden gesproken van een medische behandeling in verband met de maagklachten, is in de procedure het verband tussen deze maagklachten en de verstoorde kauwfunctie niet aannemelijk gemaakt. De commissie stelt vast dat verzoekster niet behoort tot de groep ‘medisch gecompromitteerden’ waarop het tweede gedachtestreepje van artikel 39 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering doelt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Tussen partijen is niet in geschil dat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op vergoeding van tandheelkundige behandelingen tot maximaal € 900,- per kalenderjaar. Verzoekster heeft, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door haar niet is weersproken, in 2010 reeds € 78,40 vergoed gekregen ter zake van tandheelkundige zorg, zodat de onderhavige tandheelkundige behandeling tot maximaal het resterende bedrag – zijnde € 821,60 – wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 december 2011,

Voorzitter