

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C en E te D
Zaak : Mondzorg, prothese, onduidelijkheid bij aanvraag en machtiging
Zaaknummer : 2009.01824
Zittingsdatum : 13 januari 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door F tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing (per e-mail) van de ziektekostenverzekeraar van 8 juni 2009 de kosten van een bovenprothese op twee implantaten niet 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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 2 sterren en het Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft op 5 december 2008, door middel van het formulier Aanvraag hulpmiddelen, verzocht om verstrekking van een gebitsprothese. Hierbij is toegelicht dat de bestaande prothese ongeveer vier jaar geleden is aangeschaft en dat een nieuwe prothese wordt aangevraagd omdat er veel klachten zijn; de bestaande prothese zit slecht en is niet passend. Verder is de aanvraag niet gespecificeerd.
- 3.3. Op 18 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven.
- 3.4. Na indiening van de nota heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding afgewezen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hierop diverse keren schriftelijk, telefonisch en via email verzocht om nadere informatie. De ziektekostenverzekeraar heeft hier diverse keren op geantwoord.
- 3.5. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. Bij brief van 4 september 2009 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, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 26 oktober 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 november 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 november 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 17 november 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 10 december 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29126117) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, nader onderzoek te laten verrichten naar de indicatie van verzoekster voor een implantaat gedragen (vervangings)prothese. Een afschrift van het CVZ-advies is op 7 januari 2010 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster is op 13 januari 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 24 februari 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de ter zitting overgelegde stukken en de reactie van de ziektekostenverzekeraar hierop gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 10 maart 2010 de commissie medegedeeld dat voornoemde stukken geen aanleiding vormen 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij op verzoek van de ziektekostenverzekeraar een aanvraagformulier heeft ingevuld voor vergoeding van een "gebitsprothese compleet". Op het formulier heeft zij vermeld bij wie zij onder behandeling is en waarom de prothese vervangen diende te worden. Daarbij is tevens, met de opmerking "zie uw dossier", verwezen naar de kosten uit het verleden. Met een "gebitsprothese compleet" is bedoeld dat het een onder- en bovenprothese betreft. In de machtiging vermeldt de ziektekostenverzekeraar dat hij besloten heeft de aangevraagde verstrekking te vergoeden. Ten onrechte veranderen de afwijzingsgronden steeds en worden valse beschuldigingen geuit over het verstrekken van "niet juiste informatie".
 - 4.2. Ter zitting is ter aanvulling aangevoerd, dat de implantaten reeds in 2004 zijn geplaatst. Deze kosten zijn destijds door de vorige ziektekostenverzekeraar vergoed.

De prothese op deze implantaten is in 2005 geplaatst en de kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoeker heeft ter onderbouwing van zijn standpunten enkele stukken overgelegd. Steeds is tijdig informatie aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd en is de door de ziektekostenverzekeraar gevraagde informatie verstrekt. Dat de ziektekostenverzekeraar wat anders verstaat onder een volledige prothese kan verzoekster niet worden tegengeworpen.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 op het formulier Aanvraag hulpmiddelen van 5 december 2008 een “gebitsprothese compleet” wordt aangevraagd. In vaktaal is dit een gewone gebitsprothese. Op het formulier wordt niet vermeld dat het gaat om een prothese op twee implantaten. Daarom is een machtiging verstuurd voor een boven- en onderprothese (P30), een individuele afdruk met randopbouw (P14) en techniekkosten volledige prothese (P30). Pas bij de indiening van de nota is de ziektekostenverzekeraar duidelijk geworden dat het een gebitsprothese op implantaten (J52) betreft. Indien vooraf duidelijk was geweest dat de aanvraag een prothese op twee implantaten betrof, was er geen machtiging afgegeven. Een machtiging voor een bovenprothese op implantaten wordt, in verband met de kwaliteitseisen, alleen afgegeven aan een tandarts en/of hiervoor gecertificeerde en gecontracteerde tandprotheticus. De betreffende zorgverlener is niet door hem gecontracteerd. Er is telefonisch contact geweest met de leverancier/behandelaar die de aanvraag heeft ingediend. Deze zou vóór aanvang van de behandeling met verzoekster hebben besproken dat de prothese niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.2. Voor de vergoeding van een reguliere gebitsprothese geldt geen aanvraagprocedure. Alleen als sprake is van vervanging binnen vijf jaar is toestemming vooraf noodzakelijk.
- 5.3. Uit de telefoonnotities blijkt niet dat hij vooraf op de hoogte was dat het een bovenprothese op twee implantaten betreft. Evenmin zijn toezeggingen gedaan dat de kosten van de gebitsprothese door de betreffende leverancier, zonder enig voorbehoud, zouden worden vergoed.
- 5.4. Ter zitting is ter aanvulling aangevoerd, dat destijds telefonisch contact heeft plaatsgevonden met de echtgenoot van verzoekster. Op dat moment was echter niet duidelijk om welk soort prothese het ging. Ook uit het ingevulde formulier Aanvraag hulpmiddelen is niet gebleken dat het ging om een implantaat gedragen prothese. Daarom heeft de beoordeling plaatsgevonden aan de hand van de later ingediende nota. Om in aanmerking te komen voor een prothese op implantaten moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Als dat het geval is, heeft verzoekster recht op een gedeeltelijke vergoeding (tot 80 percent), omdat zij gebruik heeft gemaakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Als sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak is de ziektekostenverzekeraar bereid de kosten, mede gezien de ontstane verwarring, alsnog te vergoeden.
- 5.5. Naar aanleiding van de ter zitting overgelegde stukken heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd navraag gedaan bij de oude ziektekostenverzekeraar. Hieruit is gebleken dat de oude ziektekostenverzekeraar verzoekster in 2004 toestemming

heeft verleend voor twee implantaten met steg voor de onderkaak. De ziektekostenverzekeraar heeft in 2005 op grond van de voorwaarden van de particuliere ziektekostenverzekeringen de mesostructuur en de gebitsprothese vergoed. Daarbij was een onderzoek naar de indicatie voor implantaten niet aan de orde of noodzakelijk.

De ziektekostenverzekeraar weet niet hoe de oude ziektekostenverzekeraar destijds de indicatie voor de implantaten heeft vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft een eigen onderzoeksplicht in deze, waaraan hij door middel van een spreekuurbezoek uitvoering wil geven.

- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of aanspraak bestaat op een bovenprothese op twee implantaten ten behoeve van verzoekster, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 37.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een uitneembare volledige prothese op implantaten bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“U heeft aanspraak op een uitneembare volledige prothese op implantaten 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. Er geldt een eigen bijdrage van € 90,- per boven- of onderkaak.

Voorwaarden

- *Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door een tandarts, een door ons gecontracteerde tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.*
 - *Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.*
- (...)”*

In artikel 36 van de zorgverzekering is een aanspraak opgenomen voor uitneembare prothesen die niet door implantaten worden gedragen. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“U heeft aanspraak op vervaardiging en plaatsing van:

- *een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;*

- een uitneembare volledige immediaatprothese;
- een uitneembare volledige vervangingsprothese;
- een uitneembare volledige overkappingsprothese.

U heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten.

(...) Voorwaarden (...)

■ *Wanneer de prothese binnen 5 jaar wordt vervangen moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.*

■ *Wanneer de totale kosten van de prothetische voorziening inclusief techniekkosten bij vervaardiging en plaatsing door een tandarts hoger zijn dan € 600,- per onder- c.q. bovenkaak dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven."*

- 7.3. De artikelen 36 en 37 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een implantaatbehandeling wanneer sprake is van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, dat de verzekerde zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die hij gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan oncologiepatiënten met een gedeeltelijke kaakresectie. Tevens bestaat aanspraak op een implantaatbehandeling als sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Tijdens de procedure is gesteld noch gebleken dat bij verzoekster sprake is van een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis, verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Rest de vraag of sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak.
- 7.7. Uit de stukken blijkt dat verzoekster in 2004 van haar toenmalige ziektekostenverzekeraar toestemming heeft gekregen voor twee implantaten met steg voor de onderkaak. In vervolg hierop heeft de ziektekostenverzekeraar in 2005 de kosten van de mesostructuur en de volledige prothese vergoed. Uit de nota van 17 december 2008 blijkt echter dat de in 2008 vervangen prothese de bovenprothese betreft. Uit de stukken blijkt niet dat verzoekster voor de implantaten in de bovenkaak eveneens toestemming heeft gekregen van de huidige dan wel de toenmalige ziektekostenverzekeraar. Nu niet gebleken is van een indicatie voor implantaatbehandeling, bestaat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de implantaatgedragen bovenprothese.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. De commissie constateert dat de aanvullende verzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoekster heeft verzocht.

Vertrouwensbeginsel

- 7.9. Rest de vraag of verzoekster een vertrouwen op vergoeding kon ontleen aan de bij e-mailbericht van 5 december 2008 door de ziektekostenverzekeraar – desgevraagd – gegeven informatie inzake dekking, althans aan het niet gedaan zijn van een verzoek door die ziektekostenverzekeraar om nadere informatie naar aanleiding van het ingediende formulier Aanvraag hulpmiddelen van dezelfde datum. Vaststaat dat in de artikelen 36 en 37 van de polisvoorwaarden een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen de z.g. conventionele (uitneembare) prothese en de prothese op implantaten. Dit onderscheid werkt in de voorwaarden ook door ten aanzien van – met name – de vraag of voorafgaande toestemming of machtiging is vereist en door wie de aanvraag moet worden ingediend, meer concreet hetzij de verzekerde dan wel een bepaalde gekwalificeerde zorgverlener. Als erkend dan wel niet betwist staat verder vast dat de aanvraag volgens het aanvraagformulier niet alleen niet voldeed aan het gestelde vereiste ten aanzien van de indiener maar ook dat daaraan een in verband met het voorgaande essentieel onderdeel ontbrak, te weten dat het gaat om een gebitsprothese op implantaten. Juist dat laatste zou, indien vermeld, voor de ziektekostenverzekeraar de aanleiding zijn geweest tot onderzoek naar de aanwezigheid van de vereiste indicatie voor een implantaatbehandeling. Waar de polisvoorwaarden op deze punten een duidelijk en kenbaar verschil bevatten ligt het primair op de weg van de aanvrager/verzekerde daarover – ook ongevraagd door het formulier Aanvraag hulpmiddelen – de minimaal noodzakelijke informatie te verschaffen. Het gaat te ver van een ziektekostenverzekeraar te verlangen dat deze naar aanleiding van een verzoek om informatie, dan wel na ontvangst van een aanvraagformulier met verzoek om toestemming, uit eigen beweging onderzoekt of het verzoek betrekking heeft op een conventionele prothese dan wel op bijzondere tandheelkunde. Verzoekster is in elk geval toerekenbaar tekort geschoten in haar actieve informatieplicht in verband met bovenbedoeld in de voorwaarden gemaakt essentieel onderscheid. Reeds om die reden kan zij zich niet beroepen op een door de ziektekostenverzekeraar gewekte verwachting. Door die – naar mag worden aangenomen niet doelbewuste – handelwijze, heeft verzoekster bovendien het risico over zich afgeroepen dat het verzoek tot vergoeding, nadat de behandeling was ondergaan en aanvankelijk bij brief van 18 december 2008 een machtiging op grond van de verstrekte informatie was verleend, uiteindelijk met een beroep op de polisvoorwaarden zou worden afgewezen.

Conclusie

- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 maart 2010,

Voorzitter