

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Mondzorg, implantaten
Zaaknummer : 2009.02477
Zittingsdatum : 7 juli 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

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 beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 12 mei 2009 “drie implantaten ter vervanging [van] drie agenetische premolaren met mogelijke botopbouw en kronen” (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden.

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 [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Tand Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en ComfortPluspolis afgesloten. De ComfortPluspolis is niet in geschil en blijft daarom verder buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 12 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 juli 2009 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 ongedateerde brief, ontvangen op 23 maart 2010, 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 16 april 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 april 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 juni 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 27 april 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 2 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010059737) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor de door hem gewenste zorg. 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 7 juli 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 8 juli 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 14 juli 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 verzoeker
- 4.1. De behandelend implantoloog heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "(...) agenetische premolaren 25, 35 en 45. De persisterende melkelementen kunnen niet worden behouden en moeten vanwege resorptie van de radices worden verwijderd. Bruggen zijn niet geïndiceerd daar de overige elementen allen geheel gaaf zijn en geen behandeling behoeven. De patiënt is reeds orthodontisch behandeld met vaste apparatuur en hiermee is de positie van de overige elementen gereguleerd. Het orthodontisch sluiten van de boven besproken diastemen is volgens de orthodontist niet mogelijk. Een vaste voorziening kan wel door middel van implantaten gebeuren. Een geringe opbouw van het kaakbot kan hierbij noodzakelijk zijn. (...)”
- 4.2. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij hem drie elementen niet zijn aangelegd, hetgeen de kauwfunctie nadelig beïnvloedt. Door deze agenesie voldoet hij aan de vereisten als genoemd in de voorwaarden van de zorgverzekering. Verder heeft verzoeker van zijn implantoloog vernomen dat mensen onder de 22 jaar de implantaten wel vergoed krijgen, zelfs wanneer minder elementen ontbreken. Nu de orthodontische behandeling is aangevangen voor zijn 22^e jaar, dient de voortzetting van die behandeling te worden vergoed.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij drie volwassen kiezen mist. De ontbrekende kiezen bevinden zich midden in het kauwcentrum. Verzoeker is een paar jaar geleden met de behandeling begonnen. Hij heeft toen ook telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Op dat moment is geen aanvraag gedaan, maar een beugel geplaatst. Intussen zijn de regels veranderd ten aanzien van leeftijd en aantal ontbrekende elementen. Verzoeker is het daar niet mee eens, evenals zijn implantoloog.
- 4.4. Verzoeker 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat tandheelkundige zorg bij verzekerden boven de 22 jaar vergoed wordt wanneer sprake is van een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Een voorbeeld van een dergelijke aandoening is oligodontie. Daarvan is sprake indien ten minste zes elementen niet zijn aangelegd, hetgeen bij verzoeker niet het geval is. Bovendien voldoet verzoeker niet aan de andere vereisten om implantaten vergoed te krijgen, namelijk de aanwezigheid van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Verder moeten de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het CVZ-advies aansluit bij het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt. Er is geen sprake van oligodontie. Ten aanzien van de contacten geldt dat onduidelijk is wanneer deze hebben plaatsgevonden; er is niets over terug te vinden. Wat betreft de wijziging van de voorwaarden is de situatie dat leeftijd en aantal elementen geen rol spelen.
- 5.3. 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, 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 gehouden is de implantaatbehandeling aan verzoeker te vergoeden, 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 kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is

geregeld in de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 11 onder a van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

1. *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 had voorgedaan; (...)*
- *onder zorg in het 1^e lid van de Omschrijving 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. (...)"*

- 8.3. Artikel 11 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 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. In artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"1. Mondzorg voor verzekerden vanaf 22 jaar (met uitzondering van orthodontie en de uitneembare volledige gebitsprothese)

(...)

Tand Compleet

75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten) (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gezien het feit dat verzoeker ten tijde van de aanvraag ouder was dan 22 jaar, heeft hij slechts aanspraak op implantaten indien hij kampt met een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij hij zonder de gewenste zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad wanneer de aandoening zich niet zou

hebben voorgedaan. Blijkens de toelichting op het Bzv kan daarbij gedacht worden aan 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 verzoeker is geen sprake van oligodontie, aangezien bij hem niet zes maar drie elementen ontbreken. De algemene definitie van oligodontie is het niet aangelegd zijn van zes of meer elementen. Daarbij is niet van belang in welk gedeelte van de kaak de elementen ontbreken. De commissie is verder van oordeel dat de situatie van verzoeker in ernst niet is te vergelijken met één van de in de toelichting genoemde andere voorbeelden van aandoeningen.

- 9.2. Voorts is bij verzoeker niet gebleken van een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese, zodat hij ook op die grond geen aanspraak heeft op vergoeding van implantaten ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker aanspraak heeft op de implantaatbehandeling tot 75 percent van de kosten met een maximum van € 500,-- per kalenderjaar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering kan om die reden thans verder buiten bespreking blijven.

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, 11 augustus 2010,

Voorzitter