

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B versus C te D
Zaak : Mondzorg, implantaten
Zaaknummer : 2009.00026
Zittingsdatum : 22 april 2009

Zaak: 2009.00026 (mondzorg, 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: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 11 september 2008 een overkappingsprothese en het aanbrengen van vier implantaten in de onderkaak niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend tandarts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "ernstige atrofie onderkaak, retentieklasten bij eten en spreken". De tandarts heeft naar aanleiding daarvan bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van "een overkappingsprothese en vier implantaten met steg, met extensies voor extra stabiliteit" (hierna: de behandeling), ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 16 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Op 5 augustus 2008 heeft de behandeling, op de verstrekking waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.5. Bij brief van 3 januari 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).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 5 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 maart 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 maart 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 maart 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 10 maart 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 1 april 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 verzoekster van de ziektekostenverzekeraar geen voorafgaande toestemming heeft gekregen voor het aanbrengen van de implantaten, en daarom geen aanspraak kan maken op het gevraagde.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 april 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben niet op het CVZ-advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de reden voor de behandeling is dat eerdere protheses niet goed functioneerden wegens een zeer lage kaakwal. Het argument van de ziektekostenverzekeraar betreft in eerste instantie het niet tijdig ontvangen van een aanvraag door de kaakchirurg. Als verzekerde had verzoekster echter geen inzicht in deze gang van zaken. Toen zij werd opgeroepen voor de behandeling door de kaakchirurg, ging verzoekster dan ook ervan uit dat de aanvraag al bij de ziektekostenverzekeraar was geregeld.
- 4.2. 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 28 augustus 2008 een aanvraag van de tandarts van verzoekster is ontvangen voor de behandeling. Hierover is contact opgenomen met de tandarts, omdat de aanvraag niet beoordeeld kon worden zonder een aanvraag van de kaakchirurg. Op 2 september 2008 ontving de ziektekostenverzekeraar van de kaakchirurg een aanvraag voor het aanbrengen van vier implantaten. Aangezien de implantaten reeds op 5 augustus 2008 waren aangebracht, was het voor de ziektekostenverzekeraar

onmogelijk na te gaan of verzoekster recht zou hebben gehad op vergoeding hiervan.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op de vergoeding van de behandeling, 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde deels is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners, en deels kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. Blijkens artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering kan in het geval van mondzorg gebruik worden gemaakt van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 6 tot en met 29 van de zorgverzekering.

Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 19 Mondzorg

19.1 Algemene bepalingen

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist. (...)

19.2 Mondzorg in bijzondere gevallen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg in de volgende gevallen:

- 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;*

(...)

19.3 Implantaten in tandloze kaak

Onder vergoeding van de kosten van zorg, bedoeld in het artikel 19.2 onder 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.

(...)

19.12 Voorafgaande toestemming voor behandeling specialist

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg is vooraf toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] vereist, indien de zorg parodontale hulp, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.”

- 7.3. Artikel 19 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 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Vast staat dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd voor het aanbrengen van de implantaten in de onderkaak. Ten tijde van het indienen van de aanvraag waren de implantaten reeds geplaatst. Er zal daarom achteraf moeten worden beoordeeld of bij verzoekster ten tijde van het aanbrengen van de implantaten in de onderkaak sprake was van een indicatie in de vorm van een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, dan wel van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Verder zal moeten worden bepaald of in haar geval sprake was van een ernstig geslonken tandeloze kaak.
De commissie meent evenwel dat de vraag naar de indicatie in casu onbeantwoord kan blijven.
- 7.7. Uit de stukken blijkt dat verzoekster gebruik maakt van een zogenoemde immediaatprothese. Die dient doorgaans om zwelling van de kaak tegen te gaan na het trekken van tanden en kiezen. Gesteld noch gebleken is dat zulks in het onderhavige geval anders is. Hieruit leidt de commissie af dat verzoekster (nog) geen gebruik heeft gemaakt van een conventionele gebitsprothese. Om in aanmerking te kunnen komen voor de vergoeding van implantaten, dient deze behandeling doelmatig te zijn. Daarvan kan alleen sprake zijn, wanneer de conventionele methoden niet afdoende zijn om de tandheelkundige functie van het gebit te behouden. De implantaatbehandeling moet in die zin worden beschouwd als een ultimum remedium. Gesteld noch gebleken is dat het aanbrengen van de implantaten in de onderkaak van verzoekster noodzakelijk was omdat niet kon worden volstaan met een conventionele gebitsprothese.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. Artikel 13.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

“13.2.2 Overige tandheelkundige behandelingen

(...)

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

(...)

- implantologie en implantaten en de daarbij behorende onderdelen (m.u.v. hetgeen is bepaald in 13.3)

(...)

13.3 Implantaten in een betande kaak

(...)

In aanmerking komen de kosten van een implantaat in een kaak met gebitselementen per verzekerde per kalenderjaar en voor zover er geen recht is op verstrekking of vergoeding vanuit het basispakket.

AV-Plus

100%, tot maximaal € 750,00"

- 7.10. Bovenstaande bepaling is slechts van toepassing indien sprake is van het aanbrengen van implantaten in een betande kaak. Bij verzoekster is echter sprake van een tandeloze kaak. Het aanbrengen van implantaten in een tandeloze kaak is expliciet uitgesloten van vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.11. 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