



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D
 : beide te E, vertegenwoordigd door F te G

Zaak : Mondzorg, kroon op implantaat, aanvullende ziektekostenverzekering, misleiding

Zaaknummer : 201302022

Zittingsdatum : 14 mei 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

- 1) C te E, en
- 2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door F te G, hierna te noemen: de gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens was door verzoeker ten behoeve van zijn zoon de zorgverzekering afgesloten. Verder was ten behoeve van verzoeker en zijn zoon bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering TandBest afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker, ten behoeve van hem en zijn zoon, bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering ZorgGoed is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een implantaatbehandeling ten behoeve van hem en zijn zoon, ten laste van de zorgverzekering, en vergoeding van de kosten van het plaatsen van een kroon ten behoeve van hem en zijn zoon, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Door middel van verschillende e-mailberichten heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat beide tandheelkundige behandelingen tot het geldende maximum zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering en dat geen verdere vergoeding wordt verleend.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Door middel van verschillende e-mailberichten heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader verklaard dat voor zowel verzoeker als zijn zoon kosten van de implantaatbehandeling per abuis zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en dat de verleende vergoeding in beide gevallen ten onrechte is verrekend met het eigen risico, maar dat dit niet wordt gecorrigeerd.
- 3.4. Bij brief van 17 januari 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, in die zin dat

de kosten van het plaatsen van een kroon ten behoeve van hem en zijn zoon dienen te worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 maart 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 maart 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 maart 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker heeft op 20 maart 2014 gereageerd op het onder 3.6 genoemde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 31 maart 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.10. Bij brief van 10 maart 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 april 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014029922) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het dossier geen informatie bevat dat verzoeker en zijn zoon een indicatie voor bijzondere tandheelkunde hebben. Daarom bestaat geen aanspraak op de aangevraagde behandelingen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 23 april 2014 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 mei 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Bij brief van 16 mei 2014 heeft de commissie het Zorginstuut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstuut bij brief van 27 mei 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend kaakchirurg heeft ter zake van verzoeker de volgende behandeling voorgesteld: *"plaatsen van 1 Straumann implantaat regio 37 voor een kroon. De kroon zal worden vervaardigd door de eigen tandarts"*. De implantaatbehandeling heeft in september 2012 plaatsgevonden. Op 4 december 2012 is de tandheelkundige behandeling gevolgd, inhoudende plaatsing van de kroon.
- 4.2. De behandelend kaakchirurg heeft ter zake van de zoon van verzoeker de volgende behandeling voorgesteld: *"plaatsen van 1 x Straumann implantaat regio 21 en locale kaakbotverbreding is geïndiceerd met autoloog en kunstbot (boneceramic). Na ingroeiperiode (4 à 6 maanden): vrijleggen van het implantaat. De kroon zal worden vervaardigd door de eigen tandarts."* De implantaatbehandeling heeft in september 2012 plaatsgevonden. Op 20 december 2012 is de tandheelkundige behandeling gevolgd, inhoudende plaatsing van de kroon.
- 4.3. Verzoeker heeft na de kaakchirurgische behandeling in het ziekenhuis contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te informeren naar de wijze van declareren en de vergoeding van de kosten van de uitgevoerde en de nog uit te voeren behandelingen. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar deelde hem bij die gelegenheid mede dat de kosten van het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg in een

ziekenhuis, worden vergoed ten laste van de zorgverzekering als zijnde ziekenhuiszorg. De maximumvergoeding in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering zou zodoende niet worden aangesproken. De kosten van het plaatsen van een kroon door de tandarts zouden worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering tot het geldende maximumbedrag. Verzoeker wist dat de maximumvergoeding niet toereikend zou zijn voor de plaatsing van de kronen, maar ging er van uit dat de kosten hiervan althans grotendeels zouden zijn gedekt. Verzoeker verklaart dat het telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar eveneens gold voor zijn zoon, aangezien op dat moment bij hem exact hetzelfde speelde.

Uit het hieropvolgende e-mailcontact met de ziektekostenverzekeraar bleek evenwel dat de kosten van de implantaatbehandelingen ten behoeve van zowel verzoeker als zijn zoon zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit is strijdig met de telefonisch verkregen informatie. Door deze wijze van vergoeden is de maximumvergoeding voor tandartskosten snel bereikt en is een aanzienlijk deel van de kosten van de kronen ten behoeve van hem en zijn zoon voor rekening van verzoeker gebleven.

- 4.4. Voorts stelt verzoeker dat hij aanvankelijk voornemens was de implantaatbehandeling en de plaatsing van de kroon te spreiden over twee jaren om op die manier tweemaal gebruik te maken van de maximumvergoeding per jaar voor tandartskosten. Door de informatie van de ziektekostenverzekeraar is dit plan gewijzigd en hebben de kaakchirurgische en de tandheelkundige behandeling - zowel ten behoeve van hemzelf als van zijn zoon - in 2012 plaatsgevonden. De kosten die de kaakchirurg zou maken, zouden immers worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De tandarts kan het voorgaande desgevraagd bevestigen.
- 4.5. Verzoeker stelt dat hij te goeder trouw heeft gehandeld en dat hij zich misleid voelt. De wijze van vergoeden door de ziektekostenverzekeraar is onbegrijpelijk. Verzoeker heeft de indruk dat de ziektekostenverzekeraar een onzorgvuldige en onjuiste administratie voert. Overigens bevestigt de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mailbericht van 8 maart 2013 het standpunt van verzoeker dat de kosten van de implantaatbehandeling worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, en de kosten van de plaatsing van de kroon ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar legt de schuld nu bij de kaakchirurg/het ziekenhuis. Er zouden verkeerde declaratiecodes zijn gebruikt. Uit navraag bij de kaakchirurg/het ziekenhuis blijkt echter dat de oorzaak is gelegen in de wijze van administreren door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Het is vreemd dat de ziektekostenverzekeraar geen registraties van telefonische contacten over kan leggen. Aangaande de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat een medische verklaring van de tandarts nodig is, verklaart verzoeker dat de tandarts desgevraagd bereid is deze af te geven.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat hij de dupe is van onduidelijke en onjuiste informatievoorziening door de ziektekostenverzekeraar. De mogelijkheid de kosten te spreiden over twee jaren is verzoeker ontnomen. De ziektekostenverzekeraar is de deskundige partij en verzoeker mag vertrouwen op diens uitleg van de polisvoorwaarden. Verzoeker benadrukt dat voorafgaand aan de behandelingen telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar is gevraagd of extra informatie diende te worden toegestuurd. Dit hoefde volgens de helpdesk niet. Tot slot stelt verzoeker dat een verklaring van de tandarts van 24 maart 2014 is overgelegd waaruit blijkt dat de onderhavige behandelingen noodzakelijk waren.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat indien sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare volledige overkappingsprothese. Voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist, waarbij een schriftelijke verklaring van de kaakchirurg of tandarts dient te worden overgelegd (artikel 18.13 lid 5 van de zorgverzekering). Zodra een tandarts de behandeling overdraagt aan de kaakchirurg is sprake van medisch specialistische zorg, en niet langer van normale tandheelkundige zorg. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van tandheelkundige behandelingen tot maximaal € 750,-- voor het jaar 2012. Voorwaarde is dat de behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist.
- 5.2. Door de ziektekostenverzekeraar is geen schriftelijke verklaring van de kaakchirurg of tandarts ontvangen. Van een voorafgaande toestemming voor de behandelingen is zodoende geen sprake. Voorts blijkt uit de door

verzoeker overgelegde stukken van de kaakchirurg dat noch bij verzoeker noch bij zijn zoon sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Daarbij komt dat de kaakchirurg in de diverse stukken heeft gewezen op het feit dat de kosten van een implantaatbehandeling niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen, en dat vergoeding eventueel mogelijk is indien een aanvullende verzekering is afgesloten. Zodoende is enkel een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering toegekend voor de behandelingen die verzoeker en zijn zoon hebben ondergaan.

- 5.3. Verzoeker stelt in september 2012 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar te hebben gehad, doch hiervan is geen gespreksnotitie aangetroffen. Ook van eventuele andere telefonische contacten die in 2012 hebben plaatsgevonden, kunnen geen registraties of afschriften in het geding worden gebracht. In het e-mailbericht van 8 maart 2013 aan verzoeker is hij geïnformeerd over het feit dat indien het om een behandeling gaat die niet meer door een tandarts kan worden uitgevoerd, een dergelijke behandeling niet meer onder de term "normale tandheelkundige behandeling" valt. Een verwijzing naar, en inschakeling van een kaakchirurg is dan nodig. In het e-mailbericht is verzoeker tevens medegedeeld dat de kosten van zijn behandeling kunnen worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, omdat deze als "tandartskosten" zijn gedeclareerd door de kaakchirurg.
- 5.4. Desgevraagd zijn door de ziektekostenverzekeraar overzichten overgelegd van de ingediende declaraties ter zake van de polis van verzoeker en de polis van zijn zoon. Een declaratie met omschrijving "kosten implantaat" ten bedrage van € 365,49 is per abuis ten laste van de zorgverzekering vergoed. Verzoeker heeft € 18,71 aan eigen risico moeten voldoen. Ter zake van de polis van de zoon van verzoeker is eveneens € 365,49 per abuis ten laste van de zorgverzekering vergoed. De ziektekostenverzekeraar verklaart een en ander niet te zullen corrigeren. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat de nota van € 865,- ter zake van de behandeling op 20 december 2012 van de zoon van verzoeker, op 17 januari 2013 is ingescand in het systeem. Per abuis is deze nota aanvankelijk niet opgepakt en pas op 13 november 2013 behandeld. Hierdoor is voornoemde nota niet vermeld op het overgelegde declaratieoverzicht. Van de betreffende nota, bestaande uit een declaratie van € 240,- en van € 625,-, is € 47,88 vergoed. Het resterende deel kwam niet voor vergoeding in aanmerking omdat de maximale vergoeding was bereikt. Het bedrag van € 18,62 in de kolom "tarief" op het declaratieoverzicht van de zoon van verzoeker betreft een richtprijs gedurende de periode van de vrije tandartstarieven. De betreffende kosten zijn echter volledig vergoed, zodat de vermelding van deze richtprijs in onderhavig geval geen toegevoegde waarde had.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat in de polisvoorwaarden is vermeld dat vooraf een aanvraag moet worden ingediend. De ziektekostenverzekeraar voert alsdan aan de hand van de polisvoorwaarden een beoordeling uit. Een declaratie wordt in eerste instantie automatisch verwerkt op grond van de vermelde codes. Pas als een klacht wordt ingediend, wordt de declaratie door een persoon beoordeeld. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat de verklaring van de tandarts is voorgelegd aan de medisch adviseur. Verzoeker en zijn zoon hebben volgens deze geen aanspraak op vergoeding van de implantaatbehandeling ten laste van de zorgverzekering. Hiermee wordt overigens niet gesteld dat de zorg niet noodzakelijk was.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering en de "Algemene voorwaarden" van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering en 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 artikelen 18.1 tot en met 18.21 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18.13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 Algemeen

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is.

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;

(...)

De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus, ook indien zij werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde

(...)

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist vereist.

lid 2 Implantaat

Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is tevens onder de zorg in het eerste lid onder a begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare volledige overkappingsprothese.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist vereist.

(...)

lid 5 Tandheelkunde voor verzekerden ouder dan 18 jaar

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c,

- chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie. Voor chirurgische behandeling is toestemming van de zorgverzekeraar vooraf noodzakelijk;

- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

(...)

lid 8 Eigen bijdrage volwassenen

Voor zorg als bedoeld in artikel 18.13 lid 1 betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening wordt gebracht indien artikel 18.13 lid 1 niet van toepassing is. Dit is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

(...)

8.4. Artikel 18.12 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van medisch-specialistische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of een andere medisch-specialist. (...) Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18.13. (...)"

- 8.5. De artikelen 18.12 en 18.13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
Geneeskundige zorg, waaronder kaakchirurgische zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. De aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van tandheelkundige behandelingen en luidt, voor zover hier van belang:

"Wat wordt vergoed?"

(...)

*[Naam aanvullende ziektekostenverzekering]
100%. Maximaal € 750 per kalenderjaar.*

Een vergoeding voor de volgende normale tandheelkundige behandelingen:

- o (half)Jaarlijkse controle*
- o Röntgenfoto*
- o Gebitsreiniging*
- o Plaatselijke verdoving*
- o Vullen van gaatjes in tanden en kiezen*
- o Chirurgische ingrepen*
- o Wortelkanaalbehandeling*

Een vergoeding (inclusief techniekkosten en arbeidsloon) voor de volgende overige tandheelkundige behandelingen:

- o Uitneembare prothese (volledige prothese en overkappingprothese worden niet vergoed)*
- o Plaatsen van kronen en bruggen*
- o Wortelkanaalbehandeling*
- o Herstel van tandvlees en gehemelte*
- o Behandeling van kaakgewrichten*
- o Kunstwortels (kunstwortels die nodig zijn om een prothese te bevestigen aan een ernstig versleten tandeloze kaak worden niet vergoed)*

Voorwaarden

- De tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist.*
- Behandelingen die verband houden met orthodontie worden niet vergoed."*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker en zijn zoon hebben wortelresten laten verwijderen door de kaakchirurg in het ziekenhuis. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de zorgverzekering. Partijen zijn hierover niet verdeeld.
- 9.2. Waar het gaat om het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat geldt het volgende. De zorgverzekering biedt aanspraak op bijzondere tandheelkunde, waaronder het aanbrengen van een implantaat, indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. In de nota van toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel 18.13 van de zorgverzekering, wordt uiteengezet dat hierbij dient te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Daarnaast bestaat aanspraak op implantaten bij een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Dit laatste is geregeld in artikel 2.7 lid 2 Bzv.
- 9.3. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoeker en zijn zoon een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde bestaat. Voorts dient het implantaat, zowel bij verzoeker als bij zijn zoon, niet ter bevestiging van een uitneembare prothese. In onderhavig geval is derhalve sprake van reguliere tandheelkunde. Verzoeker en zijn zoon hebben daarom geen aanspraak op het aanbrengen van een implantaat ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat per abuis is overgegaan tot vergoeding van kosten van het aanbrengen van een implantaat ten laste van de zorgverzekering, zowel ten behoeve van verzoeker als van zijn zoon. Er wordt niet tot correctie overgegaan. Aangezien beiden hiervan geen financieel nadeel ondervinden, zal de commissie niet in deze beslissing treden.
- 9.5. Aangezien in de situatie van verzoeker en die van zijn zoon geen sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde, komen ook de kosten van de kroon niet ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van bepaalde tandheelkundige behandelingen voor 100 percent tot maximaal € 750,- per kalenderjaar. Hieronder valt onder andere het aanbrengen van een implantaat met hierop een kroon.
- 9.7. Ter zake van de polis van verzoeker is voor de tandheelkundige behandelingen totaal € 769,10 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Waarom meer dan de maximumvergoeding is betaald, is de commissie niet duidelijk. Zij laat dit punt echter rusten, aangezien dit geen nadelige financiële gevolgen heeft voor verzoeker.
Ter zake van de polis van de zoon van verzoeker is voor de tandheelkundige behandelingen totaal € 721,22 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Een en ander is conform de polisvoorwaarden.

Werking privaatrecht

- 9.8. Verzoeker stelt dat sprake is van misleiding aangezien door de ziektekostenverzekeraar meermalen - telefonisch en schriftelijk - is verklaard dat het aanbrengen van een implantaat door de kaakchirurg wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering, en de plaatsing van de kroon wordt vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker voert aan dat hij op basis hiervan heeft besloten de kaakchirurgische en de tandheelkundige behandeling in één jaar te laten plaatsvinden. Hetzelfde geldt voor zijn zoon. Nadien bleek de mededeling van de ziektekostenverzekeraar niet juist, waardoor - zowel in het geval van verzoeker als in dat van zijn zoon - een groter deel van de kosten van de kroon voor eigen rekening is gebleven. De

ziekttekostenverzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat niet is gebleken van incorrecte informatievoorziening inzake de vergoeding voor mondzorg. De commissie overweegt als volgt.

9.9. Door verzoeker is, in afwijking van artikel 18.13 van de zorgverzekering, niet voorafgaand aan de behandelingen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, maar in ieder geval pas nadat de kaakchirurgische behandeling was uitgevoerd en mogelijk eerst nadat ook de implantaten waren geplaatst. Derhalve werd(en) de behandeling(en) gestart zonder dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor toestemming had gegeven en zonder dat verzoeker op de hoogte was van de zienswijze van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de mogelijke vergoeding(en) voor de onderhavige behandeling(en). Door zonder voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar met de behandeling(en) te starten, heeft verzoeker het risico aanvaard dat kosten voor zijn rekening zouden blijven onderscheidenlijk dat deze niet ten laste van de zorgverzekering zouden worden vergoed. Tevens heeft hij hiermee het risico aanvaard dat de aanvullende ziektekostenverzekering zou moeten worden aangesproken en dat de maximale vergoeding per jaar - waarvan hij dacht deze te kunnen aanwenden ter dekking van de kosten van de kroon - voor een (groter) deel zou worden besteed aan andere kosten van tandheelkundige zorg. Niet aannemelijk is geworden dat door de ziektekostenverzekeraar nadien toezeggingen zijn gedaan die nopen tot een andersluidend oordeel.

9.10. Voorts is, eveneens in afwijking van artikel 18.13 van de zorgverzekering, noch in het geval van verzoeker noch in dat van zijn zoon, voorafgaand aan de behandeling(en) een behandelplan c.q. schriftelijke motivering van de tandarts overgelegd. Hetgeen desgevraagd door verzoeker ter zitting ook is bevestigd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 juni 2014,

Voorzitter