

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C, en D, beide te E
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde
Zaaknummer : 2012.00223
Zittingsdatum : 15 augustus 2012

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 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) D, beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Optimaal Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 een tandheelkundige behandeling in het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (hierna: ACTA) bestaande uit het plaatsen van twee kronen en de hieraan voorafgaande wortelkanaalbehandelingen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 januari 2012 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 e-mailbericht van 22 maart 2012 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 of de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 mei 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 mei 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 juli 2012 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 mei 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 juni 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012064309) 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 niet aannemelijk heeft gemaakt dat zij een indicatie heeft voor de gevraagde behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 juni 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 15 augustus 2012 in persoon gehoord en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 augustus 2012 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. Bij brief van 27 augustus 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een afschrift van dit CVZ-advies is op 28 augustus 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 3 september 2012 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Het ACTA heeft op 27 oktober 2011 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een met terugwerkende kracht te verlenen machtiging voor bijzondere tandheelkunde. Verzoekster heeft begin 2011 wortelkanaalbehandelingen ondergaan aan de elementen 16 en 26. Deze behandelingen zijn uitgevoerd op de afdeling endodontologie van het ACTA. Aangezien beide elementen ernstig zijn verzwakt door de uitgevoerde behandelingen is het noodzakelijk deze te voorzien van een kroon. Verzoekster heeft medische aandoeningen die dermate complex zijn, dat zij bij het ACTA op de MTI-afdeling moet worden behandeld. Verzoekster gebruikt dagelijks Prednison en Cellcept (beide transplantatiemedicijnen), Marcoumar, Burinex, Cozaar en foliumzuur.
- 4.2. De gevraagde behandelingen zijn verstrekkingen als bedoeld in artikel 2.7, lid 1 Bzv. De behandelingen zijn uitgevoerd als bijzondere tandheelkunde en dus is sprake van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen als bedoeld in sub b van voornoemd artikel. Gezien de lichamelijke aandoening van verzoekster is de behandeling onder begeleiding van een internist uitgevoerd. Zonder de wortelkanaalbehandelingen zouden

de ontstekingen van de wortelkanalen niet verdwijnen. Dit zou grote medische risico's opleveren, omdat verzoekster immunosuppressiva gebruikt en een chronische nierinsufficiëntie heeft. Omdat de elementen 16 en 26 een "bijzondere anatomie" hebben, konden de wortelkanaalbehandelingen alleen worden uitgevoerd door een endodontoloog. Extractie van de elementen is niet mogelijk aangezien beide functionele kiezen zijn en bij extractie een deel van de kauwfunctie verloren zou gaan.

- 4.3. Hoewel verzoekster nog niet in een transplantatievoorbereidingsfase zit, is het voor haar wel belangrijk dat haar mond ontstekingsvrij is. Zij is namelijk veel vatbaarder voor infecties. Daarnaast zijn infecties bij haar veel moeilijker te bestrijden en vormen deze voor haar een groot medisch risico.
- 4.4. Dat de aanvraag achteraf is ingediend kan geen reden zijn voor de afwijzing hiervan. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster namelijk in augustus 2011 telefonisch medegedeeld dat een machtiging in haar geval ook achteraf mocht worden ingediend mits hierbij zou worden vermeld dat het een aanvraag met terugwerkende kracht betreft. Dit laatste is ook gebeurd.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de onderhavige behandelingen vergoedingen toegekend op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft deze vergoedingen echter, hoewel zij de kosten zelf heeft betaald aan de zorgverlener, niet van de ziektekostenverzekeraar ontvangen.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster in de eerste plaats aangevoerd dat hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt in zijn brief van 10 mei 2012 niet juist is. Uit een telefonisch contact met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar is naar voren gekomen dat Famed de nota standaard naar de ziektekostenverzekeraar stuurt. Is het maximum op grond van de verzekering bereikt dan stuurt de ziektekostenverzekeraar de nota retour.
- 4.7. Verder wordt in het CVZ-advies geconcludeerd dat niet aannemelijk is gemaakt dat een indicatie bestaat voor bijzondere tandheelkunde. Echter, uit de stukken blijkt dat sprake was parodontitis apicalis van de 16 en 26. Een ontsteking kan leiden tot complicaties en kan zelf dodelijk zijn, dit vanwege onder andere de SLE en de nierfunctie. Daarbij komt dat de elementen 16 en 26 inmiddels zo zwam zijn geworden dat er wel kronen, na de wortelkanaalbehandelingen, moeten worden geplaatst.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Het enkele feit dat verzoekster lijdt aan nierinsufficiëntie houdt niet automatisch in dat alle gevraagde tandheelkundige behandelingen vallen onder de aanspraak op bijzondere tandheelkunde. Het ACTA is weliswaar een centrum voor bijzondere tandheelkunde, maar hier worden niet alleen behandeling uitgevoerd in het kader van bijzondere tandheelkunde, doch ook "private behandelingen".
- 5.2. Verzoekster stelt dat de tandheelkundige behandeling is uitgevoerd onder toezicht van de internist. Dit blijkt echter niet uit het dossier. Uit de brief van 1 april 2010 van het UMC – waarvan overigens een deel van de tekst ontbreekt – blijkt alleen dat

sprake is van chronische nierinsufficiëntie en medicatiegebruik. In dit deel van de brief is geen verwijzing vermeld.

- 5.3. Een gewenst behoud van dermate verzwakte elementen door middel van wortelkanaalbehandelingen, opbouwen en kronen moet worden aangemerkt als een private indicatie die niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Verzoekster stelt dat extractie van de onderhavige elementen niet mogelijk is. Echter, het feit dat door extractie een deel van de kauwfunctie verloren gaat, maakt (i) extractie niet onmogelijk, en is (ii) de aangewezen optie als de algemene gezondheid zwaarder gaat wegen dan de behoud van de functie van twee gebitselementen. Verzoekster is niet aangewezen op de gevraagde – uitgebreide – behandeling.
- 5.4. Aangezien de aanvraag is ingediend voor bijzondere tandheelkunde heeft de ziektekostenverzekeraar deze als zodanig geregistreerd. Dit betekent niet dat de ziektekostenverzekeraar hiermee van oordeel is dat de gevraagde behandeling ook is aan te merken als bijzondere tandheelkunde.
- 5.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent een vergoeding voor tandartskosten tot maximaal € 350,- per kalenderjaar. In januari 2011 heeft het ACTA rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar een nota ingediend ten bedrage van € 350,-. Dit bedrag is daarna aan het ACTA betaald. Alle overige kosten voor tandheelkunde die in het jaar 2011 zijn gemaakt blijven voor rekening van verzoekster.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. In artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie in het onderhavige geschil geen bindend advies kan uitbrengen, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoekster zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoekster hierop bij brief van 27 maart 2012 gewezen. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 17 april 2012 bevestigd dat zij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de onderhavige bindende advisering.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op een tandheelkundige behandeling in het ACTA, bestaande uit het plaatsen van twee kronen en de hieraan voorafgaande wortelkanaalbehandelingen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering. Artikel 12 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

d Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen (niet vallend onder a, b of c)

Omschrijving:

tandheelkundige zorg die noodzakelijk is, indien:

1 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;

2 de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en 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;

3 een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Zorgverlening:

centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts, instelling voor mondzorg, instelling voor jeugdtandverzorging, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist.

Prestatie:

- *gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg;*
- *niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de algemene voorwaarden.*

"(...)"

8.3. De artikelen 12 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering en 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 7 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 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.

8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.6. Artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op mondzorg en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

**“d. Mondzorg voor verzekerden vanaf 18 jaar
(Met uitzondering van orthodontie en de uitneembare volledige gebitsprothese)**

Zorgverlening: tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, instelling voor mondzorg, tandprotheticus of een mondhygiënist.

*Vergoeding: maximaal € 350,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten).
(...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op bijzondere tandheelkunde indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, óf een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, óf als de verzekerde een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Verzoekster beroept zich primair op de derde en subsidiair op de eerste indicatie.
- 9.2. Tandheelkundige behandelingen kunnen, gelet op het bepaalde in artikel 12, sub d onder 3 van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering, ten laste van de zorgverzekering komen, indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Uit het dossier blijkt dat verzoekster nierinsufficiëntie heeft en medicatie gebruikt, waaronder immunosuppressiva. Hoewel de lichamelijke conditie van verzoekster risico's inhoudt en tot problemen aanleiding kan geven, is niet aannemelijk geworden dat sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 12, sub d onder 3 van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering. Dit laatste blijkt ook uit het advies van het CVZ van 27 augustus 2012.
- 9.3. Tandheelkundige behandelingen kunnen voorts, gelet op het bepaalde in artikel 12, sub d onder 1 van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering, ten laste van de zorgverzekering komen, indien bij de verzekerde sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en het gebit van een verzekerde zonder de gewenste zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad. In de nota van toelichting op het onderliggende Bzv is uiteengezet in welke gevallen een zodanige indicatie aanwezig is. In dit verband worden met name oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen genoemd. De commissie is van oordeel dat de indicatie van verzoekster hiermee niet in ernst vergelijkbaar is. Daarom bestaat op grond van dit artikel geen aanspraak op het gevraagde.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Ingevolge artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding van de kosten van mondzorg tot een maximum van € 350,-- per verzekerde per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 10 mei 2011 verklaard dat hij de maximale vergoeding rechtstreeks aan de zorgverlener heeft vergoed. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot een hogere vergoeding dan reeds is verleend.

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, 12 september 2012,

Voorzitter