



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F  
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, medisch gecompromitteerde patiënt  
Zaaknummer : 201301461  
Zittingsdatum : 16 april 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,  
tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Vitaal Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op bijzondere tandheelkundige zorg (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 brief van 28 augustus 2013 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).
- 3.5. 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 27 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 november 2013 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft het antwoordformulier niet geretourneerd, waarop de commissie een hoorzitting heeft gepland. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 april 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 november 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 december 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2013147522) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat onvoldoende is aangetoond dat verzoeker een medische aandoening heeft die hem tot medisch gecompromitteerd maakt. Er is slechts een mededeling van de tandarts. Derhalve kan geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde worden vastgesteld. Ware dit wel het geval, dan resteert de beoordeling aan de hand van het maatmanbeginsel. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 26 maart 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2014 in persoon respectievelijk gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 22 april 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 24 april 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in 1998 een hartinfarct gehad. Zijn cholesterolgehalte is verhoogd en hij heeft een onregelde diabetes, waarvoor hij medicatie gebruikt. Sinds 2006 wordt hij behandeld in een praktijk voor parodontologie. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar steeds een volledige vergoeding voor deze zorg gekregen. Vanaf mei 2013 weigert de ziektekostenverzekeraar echter iedere vergoeding.
- 4.2. Verzoeker is van mening dat sprake is van een verworven recht, aangezien hij al geruime tijd een vergoeding ontvangt, en zowel zijn situatie als de voorwaarden van de zorgverzekering ongewijzigd zijn. Het rapport van het CVZ, waarop de ziektekostenverzekeraar zich baseert, dateert al van 2010. Onbegrijpelijk is waarom de ziektekostenverzekeraar zich hieraan in mei 2013 wél gebonden acht, terwijl dit voordien niet het geval was.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat een reiniging voor medisch gecompromitteerden wezenlijk anders is dan een reiniging in het kader van de reguliere tandheelkunde. Een dergelijke behandeling in een praktijk voor parodontologie duurt minimaal zestig minuten. Kennelijk heerst er ongeloof over de aandoeningen waar verzoeker mee kampt. Aangezien hij sinds 2006 verzekerd is bij de ziektekostenverzekeraar is het aannemelijk dat uit de administratie kan worden afgeleid dat verzoeker al jaren met zijn gezondheid sukkelde. Overigens is nimmer verzocht om overlegging van medische stukken. Verzoeker stelt dat bijzondere tandheelkunde is geregeld in artikel 2.7 lid 1 sub a tot en met c Bzv. In het CVZ-advies worden deze subs niet specifiek benoemd. Het standpunt van het CVZ uit 2010 is tot op heden niet geactualiseerd. Verzoeker heeft vele recente onderzoeken kenbaar gemaakt bij zowel het CVZ als de ziektekostenverzekeraar. Het is schrijnend dat beiden hier kennelijk niet van op de hoogte (willen) zijn. Het is praktisch onuitvoerbaar en onwettelijk voor verzoeker om aan te tonen dat op individuele basis wetenschappelijk is aangetoond dat de mondgezondheid een positieve invloed heeft op de algehele gezondheid. Daarnaast wordt het maatmanbeginsel onrechtmatig gebruikt. Onduidelijk is wat een gemiddelde mondgezondheid is. Hieraan kan derhalve niet worden gerefereerd. Voorts voert verzoeker aan dat van 2006 tot 2013 onderhavige gereguleerde tandheelkundige zorg volledig is vergoed. Zodoende is sprake van een verworven recht. Verzoeker heeft DPSI C en is per definitie niet parodontaal gezond. Hij heeft diabetes en hartkwalen en gebruikt diverse medicijnen. Verzoeker kan de behandelingen niet zelf bekostigen, waardoor hij sinds maart 2013 niet meer in de praktijk voor parodontologie is geweest. Dit heeft een negatieve invloed op zijn parodontale en algehele gezondheid. Normaliter genoot hij iedere drie maanden een behandeling.
- 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. Het CVZ heeft een rapport gepubliceerd over de medisch gecompromitteerde patiënt. Hieruit komt naar voren dat mondgezondheid en algemene gezondheid elkaar beïnvloeden. Er bestaat echter nog veel onduidelijkheid over de specifieke relaties tussen beide, en over de mechanismen van beïnvloeding. Met de informatie in het rapport is de ziektekostenverzekeraar beter in staat te beoordelen of aanspraak bestaat op de aangevraagde behandeling.
- 5.2. De aanvraag van verzoeker betreft "recall en polijsten". Dit is namelijk vermeld op de aanvraag. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft hierover opgemerkt dat dit niet het ontstekingsvrij maken van de mond is in relatie met een medische aandoening, waarvan de behandeling zonder tandheelkundige hulp aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft, zoals bedoeld in het rapport van het CVZ. Verder ontbreekt het oorzakelijk verband tussen het hartinfarct dat verzoeker heeft gehad en een verhoogd cholesterolgehalte. Er is wel een associatie tussen diabetes en een ongezonde mond, maar een oorzakelijk verband is afwezig. Voorts verwijst de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar naar een brief die het CVZ op 8 oktober 2013 aan de gemachtigde van verzoeker heeft gezonden. In deze brief is uitgelegd hoe de aanspraak op bijzondere tandheelkunde binnen de Zorgverzekeringswet dient te worden beoordeeld.
- 5.3. Verder is geen sprake van preventie van systematische complicaties, zoals genoemd in het rapport van het CVZ. De aanvraag voldoet daarom niet aan de voorwaarden voor bijzondere tandheelkundige zorg. Het gaat hier om reguliere preventieve mondzorg.
- 5.4. Verzoeker beroept zich op een verworven recht, omdat eerdere aanvragen met dezelfde medische indicatie wel zijn goedgekeurd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hiervan geen sprake is. Iedere aanvraag wordt afzonderlijk aan de geldende voorwaarden en wet- en regelgeving getoetst. Ook wanneer een medische indicatie jaren onveranderd blijft, bestaat niet zonder meer aanspraak op zorg die in het verleden is vergoed. Bij de beoordeling van aanvragen voor bijzondere tandheelkunde dient bovendien rekening te worden gehouden met voortschrijdend inzicht over het standpunt inzake de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar het CVZ Rapport "Tandheelkundige zorg voor medisch gecompromitteerden" uit 2010.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat namens verzoeker een aanvraag is ingediend voor parodontale reiniging. Deze aanvraag is afgewezen. Het moet gaan om mensen met een bijzondere aandoening en de behandeling moet zijn gericht op het ontstekingsvrij maken van de mond. Er is onduidelijkheid over het causaal verband tussen een vijftien jaar geleden doorgemaakt hartinfarct en de aangevraagde tandheelkundige behandeling. Niet gebleken is van behandeling van een aandoening die zonder de tandheelkundige zorg onvoldoende resultaat zal hebben. Zodoende heeft verzoeker geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat in het verleden onduidelijkheid bestond over de aanspraken voor bijzondere tandheelkunde. Het is vaak fout gegaan. Echter, iedere behandeling dient apart te worden aangevraagd. Het teveel uitgekeerde zal niet bij verzoeker worden teruggevorderd. Tot slot voert de ziektekostenverzekeraar dat onderhavig geval artikel 29.2 punt 3 van de zorgverzekering betreft. De polisvoorwaarden zijn gebaseerd op wetgeving.
- 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 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.*

*U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:  
(...)*

*3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica. (...)*”

8.4. Artikel 29.2 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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.

8.6. 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.

8.7. Artikel 43 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

*“tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half) jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.*

*Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:*

*- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);*

*- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.*

*Wie mag de zorg verlenen:*

*tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.*

*Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:  
80% tot maximaal € 500 per kalenderjaar*

*Bijzonderheden:*

*1. niet vergoed worden de kosten van:*

- niet nagekomen afspraken;*
- orthodontische zorg;*
- algehele narcose (A20).*

*2. de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar. (...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg indien de verzekerde een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheeskunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. In artikel 29.2 van de zorgverzekering is hierbij opgemerkt dat het "over het algemeen gaat om het ontstekingsvrij maken van de mond". Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of een situatie als hiervoor bedoeld bij verzoeker aan de orde is.
- 9.2. Het CVZ heeft op 23 maart 2010 een rapport uitgebracht met betrekking tot tandheelkundige zorg bij medisch gecompromitteerden. Het CVZ is tot enkele conclusies gekomen ten aanzien van patiënten met verschillende aandoeningen, in relatie tot tandheelkundige zorg. Met betrekking tot diabetes mellitus is geconcludeerd dat er een relatie is met parodontitis. Parodontale behandeling bij type II diabetes patiënten leidt tot verbetering van de metabole controle en daarmee van de algemene gezondheid. Het CVZ heeft verder geconcludeerd dat er een verband is tussen mondgezondheid en hartaandoeningen. Ook hier gaat het om een parodontale behandeling, die wordt toegepast ter preventie van systemische complicaties bij endocarditis en hart-klepaandoeningen. Een hoog cholesterolgehalte wordt in het rapport niet genoemd als mogelijke indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg. Beoordeeld moet worden of verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor de behandeling die zij ondergaat.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat een aanvraag is ingediend voor "recall en polijsten", welke behandeling niet is bedoeld voor het ontstekingsvrij maken van de mond, en daarom niet is verzekerd onder de zorgverzekering. Verzoeker heeft hier tegen ingebracht dat het gaat om uitgebreide parodontale zorg. Dienaangaande overweegt de commissie dat verzoeker zijn stelling niet aannemelijk heeft gemaakt. Zodoende wordt uitgegaan van de ingediende aanvraag, en die betreft recall en polijsten. Deze behandeling vormt geen verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering.
- 9.4. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat sprake is van een verworven recht, aangezien deze behandeling sinds 2006 zonder problemen is vergoed, en zowel zijn situatie als de voorwaarden van de zorgverzekering gelijk zijn gebleven. Dit klemmt temeer, aangezien het rapport van het CVZ dateert van 2010, terwijl de eerste afwijzing plaatsvond in 2013, aldus verzoeker. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar, door de kosten van de behandeling jarenlang te vergoeden, ook na het verschijnen van eerdergenoemd rapport, bij verzoeker het vertrouwen heeft gewekt dat dit bij ongewijzigde omstandigheden het geval zou blijven. Zoals hiervoor is geconcludeerd, heeft verzoeker evenwel geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige kosten ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar moet de gelegenheid krijgen dit recht te zetten. Daarom is een overgangperiode gewenst. De ziektekostenverzekeraar dient de kosten van tandheelkundige hulp tot en met zes maanden na het uitbrengen van het bindend advies te vergoeden. Dit komt neer op twee (reinigings)behandelingen, aangezien door verzoeker ter zitting is verklaard dat éénmaal per drie maanden een behandeling plaatsvindt. Overigens komen de behandelingen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de noodzaak hiertoe is gebleken. Daarna heeft verzoeker geen aanspraak meer op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg. Hierbij wordt 80 percent van de kosten vergoed, tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil, zodat verdere bespreking van deze verzekering achterwege kan blijven.

### Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is bepaald onder 9.4. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,-.

Zeist, 14 mei 2014,

Voorzitter