

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Mondzorg, orthodontie
Zaaknummer : 2012.02046
Zittingsdatum : 17 juli 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010 en 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010 en 2011)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

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 het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen T Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Excellent afgesloten. De verzekering Excellent is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo artikel 7:944 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 vergoeding van de kosten van een orthodontische behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak ten laste van de zorgverzekering is afgewezen. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding 70 percent van de kosten, tot een maximum van € 1.500,--. In totaal is aan verzoekster een bedrag van € 975,45 vergoed.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de verleende vergoeding, en heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De SKGZ heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 augustus 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 16 februari 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een bedrag van € 1.500,--, 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 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 11 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 april 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 12 juni 2013 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 mei 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 juni 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 15 mei 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 10 juni 2013 (zaaknummer 2013063413) heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de orthodontische afwijking niet zodanig ernstig is dat die een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp oplevert. Verzoekster heeft geen indicatie voor een orthodontische behandeling.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 juni 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 23 juni 2013 gereageerd op het CVZ-advies. Een afschrift van deze reactie is op 24 juni 2013 aan de wederpartij gezonden.
De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend orthodontist heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *“Klasse II/2 afwijking, Crowding boven en onderfront met contactpuntverplaatsingen van meer dan 2 mm, Brug 21-23 met dummy tbv 22, SOB: 4 mm; VOB: 4 mm; Occl. rechts ½ PB kl 2; links 1 PB kl 2”*.
- 4.2. Verzoekster heeft gedurende twee jaar een orthodontische behandeling ondergaan in de Isala Kliniek te Zwolle. Zij heeft daarvoor twee vrijgevestigde orthodontisten geraadpleegd, die haar beiden mededeelden niet te kunnen overgaan tot behandeling. Dit kwam onder andere omdat verzoekster een brug heeft. De laatste orthodontist heeft verzoekster doorverwezen naar de Isala Kliniek.

4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster ook terecht had gekund bij een vrijgevestigde orthodontist, en vergoedt daarom enkel de tarieven die door een dergelijke orthodontist zouden zijn gedeclareerd. Om die reden is niet de maximale vergoeding van € 1.500,- verleend. Volgens verzoekster heeft zij recht op genoemd bedrag. De ziektekostenverzekeraar bevestigt bovendien in zijn brief van 6 oktober 2011 dat de vergoeding voor de orthodontische behandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering € 1.500,- bedraagt. Verzoekster verklaart dat de kosten inmiddels ruim € 3.000,- belopen.

4.4. Het CVZ heeft geconcludeerd dat verzoekster geen indicatie had voor een orthodontische behandeling. Dit is onjuist. Verzoekster was geïndiceerd voor de behandeling, en dit blijkt ook uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 oktober 2011.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg, omdat bij haar geen sprake is van een zeer ernstige skelettale afwijking die in ernst vergelijkbaar is met een lip-, kaak- en/of verhemeltespleet. Om die reden heeft zij enkel aanspraak op de vergoeding die zou zijn verleend indien zij gebruik had gemaakt van reguliere orthodontische zorg. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op maximaal 70 percent hiervan met een maximum van € 1.500,-. In totaal is aan verzoekster een bedrag van € 975,45 vergoed. Zij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 16 van de zorgverzekering en 13 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 volledig dan wel tot een bedrag van € 1.500,- 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. De artikelen 40 (2010) en 42 (2011) van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen bestaat en luiden, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.*
- De behandeling moet medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines vereisen.*
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan. (...)*

- 8.4. De artikelen 40 (2010) en 42 (2011) van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 (2010 en 2011) van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
Orthodontische zorg 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. De artikelen 32.2 (2010) en 33 (2011) van de aanvullende ziektekostenverzekering regelen de aanspraak op orthodontie vanaf 22 jaar en luiden, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden aan verzekerden vanaf 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of door een tandarts.

Uitsluiting:

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

Voorwaarde:

U dient ter beoordeling voorafgaand aan de behandeling het door de behandelend orthodontist opgestelde behandelplan tezamen met een schedelprofielfoto in te dienen ter attentie van de medisch adviseur van [naam ziektekostenverzekeraar].

Behandelingen waarvoor conform de scorerichtlijnen van de "Index for Orthodontic Treatment Need" (IOTN) geen of een geringe behandelingsbehoefte (score 1 of 2) bestaat komen niet voor vergoeding in aanmerking. De orthodontist kan U hierover informatie verstrekken. Vergoeding: 70% tot maximaal € 1.500,- per verzekerde voor de gehele duur van de aanvullende verzekering."

- 8.8. Artikel 10 (2010 en 2011) van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Per zorgaanspraak beschrijven wij de omvang van de vergoeding waarop u recht heeft en/of de eigen betaling die u verschuldigd bent.

Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener tot maximaal:

- *het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
- *wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.*

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Bij verzoekster is niet gebleken van een (verzekerings)indicatie als bedoeld in de artikelen 40 (2010) en 42 (2011) van de 'aanspraken' van de zorgverzekering, te weten een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel, waarbij de orthodontische 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. Ook is niet gebleken dat medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines vereist was. Het feit dat twee orthodontisten verzoekster hebben medegedeeld dat zij geen behandeling zouden starten vanwege de aanwezigheid van een brug, maakt het voorgaande niet anders. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van orthodontie, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor 70 percent van de kosten van orthodontie, tot een maximum van € 1.500,-- voor de gehele duur van de verzekering. Gelet op artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt uitgegaan van de Wmg-tarieven. Voor tandheelkundige zorg wordt hierbij aangesloten bij de zogenoemde UPT-codes.
- 9.3. De behandelend orthodontist heeft kosten gedeclareerd met de code U10. Deze code betreft een uurtarief voor de tandheelkundige behandeling van patiënten die geestelijk en/of lichamelijk gehandicapt zijn of extreem angstig. Hiermee wordt bedoeld op de situaties als bedoeld in artikel 2.7 lid 1 sub b en c Bzv. Aangezien verzoekster, zo-

als hiervoor is vastgesteld, geen (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere orthodontische zorg, heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten die zijn gedeclareerd met deze code. De aanvullende verzekering biedt enkel dekking voor de kosten van reguliere orthodontische zorg.

- 9.4. De eveneens gedeclareerde codes D41 en D42 hebben in 2010 een bijbehorend tarief van € 800,86 en € 59,11, en in 2011 een tarief van € 807,43 respectievelijk € 59,59. Verzoekster heeft aanspraak op 70 percent van deze bedragen. De code D41 is slechts eenmaal gedeclareerd, namelijk in 2010, hetgeen komt op een vergoeding van € 560,60. De code D42 is in 2010 vijfmaal gedeclareerd, hetgeen leidt tot een vergoeding van € 206,89 ($(€ 59,11 \times 0,7) \times 5$). Deze code is in 2011 ook vijfmaal gedeclareerd, hetgeen leidt tot een vergoeding van € 208,57 ($(€ 59,59 \times 0,7) \times 5$). De totale vergoeding dient daarom € 976,06 te zijn. Verzoekster heeft derhalve aanspraak op een nabetaling van € 0,61. De overige kosten blijven voor haar rekening.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster een bedrag van € 0,61 dient na te betalen. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 17 juli 2013,

Voorzitter