

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E
Zaak : Mondzorg, orthodontie
Zaaknummer : 2009.02191
Zittingsdatum : 7 juli 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 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, vertegenwoordigd door E, hierna te noemen: de gevolmachtigde.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 6 augustus 2008 de aanvraag voor vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak) af te wijzen, en deze slechts gedeeltelijk te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 Basisverzekering Natura (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 Uitgebreide Aanvullende Verzekering en Luxe Tand afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 6 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 2 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Daarbij wordt gesteld dat vergoeding alleen kan plaatsvinden vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat aanspraak bestaat op 80 percent van de kosten tot ten hoogste € 500,-- per kalenderjaar.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat verzoekster alsnog is opgeroepen op het spreekuur van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft echter niet geresulteerd in een wijziging van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 25 februari 2010 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 de commissie bij brief van 16 april 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 april 2010 aan verzoekster gezonden.
 - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 mei 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. Op 18 mei 2010 heeft verzoekster medegedeeld dat zij ook haar orthodontist telefonisch wil laten horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 juni 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord. Ook de ziektekostenverzekeraar laat zich bijstaan door een tandheelkundig adviseur.
 - 3.9. Bij brief van 22 april 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 mei 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010057160) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp; met name is geen sprake van oligodontie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
 - 3.10. Aangezien het niet mogelijk is om een telefonische hoorzitting te houden met vier partijen die op vier verschillende locaties zitten, zijn partijen uitgenodigd voor een mondelinge zitting. Hierbij is de mogelijkheid geboden de tandheelkundig adviseur en de orthodontist telefonisch te laten deelnemen aan de hoorzitting. Verzoekster was evenwel niet in de gelegenheid de zitting mondeling bij te wonen en heeft daarom nog een schriftelijke toelichting gegeven. De ziektekostenverzekeraar is op 7 juli 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.11. Bij brief van 8 juli 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 15 juli 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend orthodontist heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "rechts en links neutro occlusie, 12&42 afwezig, mediaanlijnvverschuiving (BK 3mm naar re), crowding onderfront, retrusie onderfront, ernstige incisale slijtage onderfront (meer dan de helft van het onderfront is weg)".

- 4.2. De behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt is inmiddels, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, aangevangen.
- 4.3. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de behandelend orthodontist van mening is dat zij wel voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar niet zorgvuldig gehandeld. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar haar pas opgeroepen voor het spreekuur van de adviserend tandheelkundig adviseur na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze adviseur was echter geen onafhankelijk, adviserend orthodontist.
- 4.4. In de heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de kosten van de orthodontische behandeling op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering voor 80 percent worden vergoed tot maximaal € 500,-- per kalenderjaar. Met de brief van 7 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster echter medegedeeld dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering de kosten voor 80 percent worden vergoed tot maximaal € 500,-- voor de gehele looptijd van de verzekering.
- 4.5. Verzoekster heeft in haar schriftelijke toelichting verklaard dat zij over 2008 € 500,-- vergoed heeft gekregen voor de kosten van de orthodontische behandeling. Tot 7 september 2009 heeft zij in totaal € 649,20 aan kosten gehad voor de onderhavige behandeling. De behandeling loopt echter nog enige tijd door, zodat er nog meer kosten zullen volgen.
- 4.6. Ter zitting is door de behandelend orthodontist ter aanvulling aangevoerd dat het hier een ernstige ontwikkelingsstoornis betreft. Er is sprake van een groeipatroon uit het verleden waardoor het onderfront volledig is weggesleten. Door de overbeet die is ontstaan, dreigt nu verlies van de ondertanden. Na de orthodontische behandeling kan worden gedacht aan een opbouw met kronen of composiet. De ziektekostenverzekeraar vindt de situatie van verzoekster echter niet ernstig genoeg. Daarbij heeft de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar geen contact opgenomen met de orthodontist om nadere informatie op te vragen. Het CVZ is ten onrechte uitgegaan van een aanvraag op grond van oligodontie.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar ontkent niet dat verzoekster lijdt aan een aandoening waarvan zij problemen ondervindt. Er is echter geen sprake van een zodanige tandheelkundige afwijking, die in ernst overeenkomt met die waarvoor vergoeding uit de zorgverzekering gerechtvaardigd is.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft niet onzorgvuldig gehandeld. De afwijzing is gebaseerd op ontvangen informatie, het advies van de tandheelkundig adviseur en een aanvullend persoonlijk onderzoek. In tegenstelling tot hetgeen verzoekster meent, behoeft hierbij geen onafhankelijk medisch adviseur te worden ingeschakeld. De medisch adviseur heeft een eigen medisch professionele verantwoordelijkheid en neemt bij zijn beoordeling een onafhankelijk standpunt in.

- 5.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding van 80 percent van de kosten tot € 500,-- voor de gehele looptijd van de verzekering. In de brief van 2 december 2008 is ten onrechte aan verzoekster medegedeeld dat deze aanspraak per kalenderjaar geldt. Met de brief van 7 september 2009 is deze onjuiste informatie rechtgezet. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat hierdoor bij verzoekster onduidelijkheid is ontstaan en heeft dan ook bij brief van 16 april 2010 aangegeven te zullen "uitgaan van een vergoeding van 80% tot € 500,-- per kalenderjaar tot 7 september 2009 en vanaf die datum van 80 percent tot € 500,-- voor de gehele looptijd van de verzekering".
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de tandheelkundig adviseur de foto's en modellen heeft gezien en deze ook heeft betrokken in zijn beoordeling. Het laatste mede omdat er ten tijde van het spreekuurbezoek al veel was veranderd. Uit de rapportage van de adviserend tandarts blijkt dat behandeling nodig is, maar dat er naar aard en ernst geen sprake is van een indicatie op grond waarvan vergoeding op grond van de zorgverzekering mogelijk is.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen ten laste van de zorgverzekering en slechts gedeeltelijk is ingewilligd ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 ten eerste of sprake is van een indicatie op grond waarvan aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. Indien dit niet het geval is, komt de vraag aan de orde in welke mate de ziektekostenverzekeraar gehouden is de voornoemde kosten vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering te vergoeden.

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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 29.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"29.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving:

zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als 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 hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
2. als 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 die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;
3. als 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 hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

De zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1, omvat ook het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de supra-structuur, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Orthodontische hulp is slechts begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1 tot en met 3, ingeval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Door:

tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts of orthodontist met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring of kaakchirurg.
(...)"

- 8.3. Artikel 29.2 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 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, waaronder tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen en orthodontische hulp, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 van het Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 2.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van orthodontische zorg en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"2.2. Voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Door:

tandarts of orthodontist.

Vergoeding:

80% van de kosten tot ten hoogste € 500,- voor de gehele looptijd van de verzekering."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De kosten van orthodontische zorg worden vergoed indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. In de nota van toelichting op het Bzv is uiteengezet op welke gevallen in dit verband is bedoeld. Genoemd worden met name oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Bij verzekerde zijn twee elementen niet aangelegd; één element ontbreekt in de bovenkaak en één element in de onderkaak. Zij kan daarom niet als oligodontiepatiënt worden aangemerkt. Dit vereist immers dat minimaal zes elementen in het geheel niet zijn aangelegd. Ook geen van de beide andere, dan wel een qua ernst daarmee vergelijkbare aandoening, is bij verzoekster aan de orde. Van enige andere vorm van mededagnostiek of medebehandeling dan de tandheelkundige is niet gebleken, zodat ook aan die eis niet is voldaan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 80 percent van de kosten van een orthodontische behandeling tot maximaal € 500,-- *voor de gehele looptijd van de verzekering*. Onweersproken is dat verzoekster reeds een vergoeding van in totaal € 500,-- heeft ontvangen voor de kosten van haar orthodontische behandeling. Verzoekster heeft hiermee de volledige vergoeding ontvangen waarop zij, op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, aanspraak kan maken.

De toezegging bij brief van 16 april 2010

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 2 december 2008 schriftelijk medegedeeld dat de kosten van de orthodontische behandeling op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering voor 80 percent zouden worden vergoed tot maximaal € 500,-- per kalenderjaar. Met de brief van 7 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bericht dat voornoemde toezegging niet correct is, omdat slechts aanspraak bestaat op een vergoeding van 80 percent van de kosten tot maximaal € 500,-- gedurende de gehele looptijd van de verzekering. Gelet op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 april 2010 is de commissie van oordeel dat daarin is toegezegd dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de orthodontische behandeling voor het jaar 2008 respectievelijk het jaar 2009, maar dan tot 7 september 2009, voor 80 percent vergoedt tot een bedrag van maximaal € 500,-- per kalenderjaar, hetgeen voor 2008 is geschied door de respectieve betalingen van € 211,01 en € 288,96 en voor het partiële deel van 2009 door de toegezegde nabetaling van 80 percent van 2x € 36,60. Anders dan de ziektekostenverzekeraar in zijn meergevoemde brief schrijft dienen eventuele nakomende rekeningen vanaf behandeldatum 7 september 2009 te worden vergoed op basis van 80 percent tot maximaal € 500,-- voor de gehele (lees: resterende) looptijd van de verzekering. De commissie vermog niet in te zien om welke reden op laatstgenoemd bedrag de betaling van 80 percent van 2x € 36,60 (die ziet op een behandeldatum gelegen vóór 7 september 2009) in mindering zou moeten worden gebracht.

Conclusie

9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering dient te worden afgewezen. Bij het verzoek met betrekking tot de aanvullende ziektekostenverzekering over het jaar 2008 en het deel van 2009 tot 7 september heeft verzoekster geen belang meer, gelet op de toezegging van de ziektekostenverzekeraar van 10 april 2010. Het verzoek om een hogere vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt afgewezen. De commissie acht evenwel termen aanwezig om de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld te laten vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het door haar betaalde entreegeld van € 37,-- vergoedt.

Zeist, 11 augustus 2010,

Voorzitter