

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde
Zaaknummer : 2009.01416
Zittingsdatum : 2 december 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E
tegen

C en F te D, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 10 maart 2009 waarbij de aanvraag voor een tandheelkundige behandeling in het kader van bijzondere tandheelkunde is afgewezen.

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren, Beter Af Tandarts Polis 4 sterren en Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend tandarts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Ernstige gebitsslijtage in het front en zijdelingse delen veroorzaakt door de parafunctie klemmen en bruxisme. In de toekomst zal deze slijtage leiden tot ernstige kauw problemen." De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "uitgebreid functieherstel door aanbrengen van een beetverhoging en opbouwen bovenfront en zijdelingse delen onder en boven met direct composiet" en "vervaardigen nightguard", ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen voor zover het de zorgverzekering betreft, en dat zij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering recht heeft op een vergoeding van maximaal (€ 1.150,-- minus € 19,50=) € 1.130,50.
- 3.3. In de periode van 24 maart tot en met 19 mei 2009 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medege-

deelt zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. Bij aanmeldingsformulier van 17 juni 2009 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 (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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 5 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 oktober 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 11 augustus 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 31 augustus 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29087597) 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 geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 3 december 2009 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 9 december 2009 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. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, en onder verwijzing naar de voorwaarden van de zorgverzekering, dat in haar geval duidelijk sprake is van een medische behandeling die zonder de aangevraagde tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en waarbij zij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die zij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Ook aan de overige voorwaarden is voldaan. Verzoekster is verwezen door een tandarts, en de behandeling geschiedt door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Verzoekster wijst erop dat de noodzaak van de behandeling door de eigen tandarts en de centrumtandarts wordt onderschreven. Verder merkt zij op dat zij alles in het werk

heeft gesteld om de ziektekostenverzekeraar de gelegenheid te bieden haar gebit te beoordelen. Hoewel hem daartoe een redelijke termijn was gegund, namelijk tussen 3 februari en 24 maart 2009, bleek deze niet toereikend. Verzoekster is vervolgens met de behandeling gestart teneinde verdere vertraging te voorkomen. Toen zij uiteindelijk werd uitgenodigd voor het spreekuur van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar, was de tandheelkundige problematiek al grotendeels opgelost. De articulator-opstelling werd door de adviserend tandarts niet gezien.

- 4.2. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij door haar tandarts is verwezen naar het ziekenhuis in Nijmegen vanwege de enorme slijtage aan haar gebit. Vervolgens moest zij in Rotterdam bij de adviserend tandarts komen, die afwijzend besliste. Verzoekster had daarbij het gevoel dat zij niet een in de stoel hoefde te gaan zitten. Zij begrijpt niet dat waar twee tandartsen wel een noodzaak zien, de afwijkende mening van één andere tandarts de doorslag geeft. Voorts merkt zij op dat de medische noodzaak blijkt uit het feit dat zij is doorverwezen naar het ziekenhuis.

- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in de situatie van verzoekster niet kan worden gesproken van bijzondere tandheelkunde. Er is geen sprake van extreme slijtage en de aangevraagde tandheelkundige behandeling behoort tot de reguliere tandheelkundige zorg.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat is getoetst aan de polisvoorwaarden. Voor bijzondere tandheelkunde gelden indicatie-eisen. Zowel volgens de adviserend tandarts als volgens het CVZ is hieraan door verzoekster niet voldaan. De adviserend tandarts is tot zijn conclusie gekomen op basis van de foto's en de gemaakte afdruk.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op de aangevraagde tandheelkundige behandeling, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners.
- Artikel 40 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden

aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen bestaat. Voor zover hier van belang, luidt genoemd artikel als volgt:

“U heeft aanspraak op een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- U een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.*
- Een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.*

(...)

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.*
- 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 behandelplan.*
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.”*

- 7.3. Artikel 40 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 7.4. 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Om op basis van de eerste, in artikel 40 van de zorgverzekering genoemde grondvoor vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde in aanmerking te komen, geldt de eis dat sprake dient te zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. In de nota van toelichting op het onderliggende Bzv is uiteengezet in welke gevallen een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig is. In dit verband worden met name oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen genoemd. Een zodanige, dan wel qua ernst daarmee vergelijkbare aandoening, is in de situatie van verzoekster niet aan de orde. Integendeel, uit de verwijzing van de tandarts blijkt dat de behandeling mede om esthetische redenen is aangevraagd.
- 7.7. Verzoekster heeft zich in de procedure beroepen op de tweede, in artikel 40 van de zorgverzekering genoemde, vergoedingsgrond. Hierover merkt de commissie op dat in dit verband het vereiste geldt dat de tandheelkundige behandeling noodzakelijk is omdat zonder deze een medische behandeling aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Uit de stukken blijkt echter niet dat verzoekster een medische behandeling zal ondergaan. De aanvraag betreft uitsluitend een tandheelkundige behandeling.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. Waar het gaat om de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering verschillen partijen kennelijk niet van mening. De commissie zal aan dit onderdeel dan ook geen verdere aandacht besteden.

Werking van het privaatrecht

- 7.9. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat zij de ziektekostenverzekeraar voldoende tijd heeft gegund om een beoordeling van de aanvraag uit te voeren, zodat van haar niet mocht worden verwacht dat zij de onderhavige behandeling zou uitstellen, merkt de commissie het volgende op.
In artikel 40 van de zorgverzekering wordt nadrukkelijk de eis van voorafgaande toestemming vermeld. Door met de behandeling aan te vangen zonder dat deze toestemming werd verkregen, heeft verzoekster het risico op zich genomen dat vanwege de reeds uitgevoerde onderdelen van de behandeling geen volledige beoordeling meer zou kunnen plaatsvinden, respectievelijk dat – mede daardoor – kosten voor haar rekening zouden blijven.

Conclusie

- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen .
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 december 2009,

Voorzitter