

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Mondzorg, gnatologie, tandheelkundige splint
Zaaknummer : 2009.01129
Zittingsdatum : 4 november 2009

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 9 april 2009 de door een tandarts-gnatoloog bij verzoeker aangemeten tandheelkundige splint niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten ingevolge de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. De behandelend kaakchirurg heeft bij verzoeker, voor zover hier van belang, de volgende diagnose gesteld: "myogene CMD + anterieure discusluxatie met reductie beiderzijds". Voor de behandeling hiervan heeft de kaakchirurg verzoeker terugverwezen naar zijn tandarts. De tandarts heeft verzoeker in verband met de klachten aan de kaakgewrichten en kauwspieren verwezen naar een tandarts-gnatoloog. De tandarts-gnatoloog heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op "een uitgebreid functieonderzoek, een occlusale spalk/opbeetplaat, een controlebezoek en de techniekkosten" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzicht van 9 april 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij e-mail van 6 mei 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 10 juli 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 10 september 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 september 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Bij brief van 16 september 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 8 oktober 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29101158) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige zorg die ten laste van de zorgverzekering mag worden gebracht. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 september 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 21 oktober 2009 schriftelijk medegedeeld geen prijs te stellen op het geven van een mondelinge toelichting.
- 3.10. Verzoeker is op 4 november 2009 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 21 oktober 2009 medegedeeld geen prijs te stellen op het geven van een mondelinge toelichting.
- 3.11. Bij brief van 9 november 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 12 november 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij last heeft van versleten en pijnlijke kaakgewrichten, waarvoor de tandarts-gnatoloog een splint heeft aangemeten. De kaakchirurg in het UMC kon hem niet helpen.
- 4.2. Verzoeker stelt dat het geen tandheelkundige behandeling betreft omdat de oorzaak is gelegen in de kaakgewrichten, hetgeen door de zorgverzekeraar wordt erkend. Dat de oplossing voor dit probleem een gebitsspalk is, maakt dat niet anders. Deze behandeling zou moeten worden vergeleken met een gebitsspalk voor een gebroken kaak. Dat de tandarts-gnatoloog heeft gedeclareerd op basis van UTP-codes, doet niet ter zake.
- 4.3. Het is voor verzoeker onbegrijpelijk dat een tandheelkundig adviseur, zonder onderzoek, goed kan beoordelen hoe ernstig de klachten zijn. Alleen zijn eigen tandarts

heeft een goed inzicht in zijn situatie. Omdat de adviserend tandheeldkundige geen contact heeft opgenomen met zijn tandarts, is de afwijzing naar verzoekers oordeel onvoldoende gemotiveerd.

- 4.4. Verder merkt verzoeker op dat met deze relatief eenvoudige oplossing veel kosten worden bespaard in de toekomst. Verdergaande slijtage van de kaakgewrichten zou op termijn tot operaties hebben geleid.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij al tien jaar last heeft van pijn. Vorig jaar kon hij zijn mond niet meer open doen en was kauwen onmogelijk. De huisarts stuurde hem naar de KNO-arts. Verzoeker was bang dat sprake was van een vorm van kanker, aangezien de verschijnselen leken op die waar een familielid mee kampte. Die bleek uiteindelijk een tumor in de kaak te hebben. De KNO-arts verwees door naar de kaakchirurg. Door de artsen werden geen afwijkingen geconstateerd. Voor de onderkaak had verzoeker al een zachte splint. Een harde spalk bleek beter te werken. De zorgverzekeraar heeft de vergoeding geweigerd op de grond dat de verkeerde codes waren gedeclareerd. Een gnatoloog zit echter aan bepaalde codes vast, aldus verzoeker. Voorts merkt hij op dat een gebroken kaak, of een spalk voor een gebroken been ook zou worden vergoed door de zorgverzekeraar.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat vergoeding van tandheeldkundige zorg vanuit de zorgverzekering uitsluitend plaats kan vinden als sprake is van een zeer ernstige afwijking van het tand-kaakmondstelsel. Daarvan is bij verzoeker geen sprake, nu de oplossing van het probleem slechts een eenvoudige spalk is.
- 5.2. De zorgverzekeraar merkt voorts op dat het aan de tandarts is de juiste UPT-code aan een behandeling te koppelen. Ten overvloede wijst de zorgverzekeraar erop dat verzoeker geen aanvullende tandartsverzekering heeft afgesloten.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de vergoeding van een tandheeldkundige splint, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 en verder van de zorgverzekering.

Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier relevant:

“Lid 1

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg, tot maximaal het vigerende Wtg-twrief, zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door en tandarts, kaakchirurg, orthodontist, (...):

a. indien de verzekerde een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworpen 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;

b. indien 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;

(...)

Lid 10

Voor het tot gelding brengen van het recht op vergoeding van kosten van hulp bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met c en het vierde lid onder I is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.(...).”

- 7.3. Artikel 31 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Mondzorg is naar inhoud en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.7 Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Uit de toelichting op artikel 8 van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering, welke gelijk is aan artikel 2.7 Bzv en artikel 31 van de zorgverzekering, blijkt dat bij de situatie zoals deze is benoemd in artikel 31 lid 1 sub a van de zorgverzekering is bedoeld op zeer ernstige tandheelkundige afwijkingen waarvoor andere tandheelkundige hulp aangewezen kan zijn. Het gaat dan in beginsel om afwijkingen zoals:
 - a. een oligodontie, waarbij het aantal niet-aangelegde elementen zo groot is dat er sprake is van een ernstige functiestoornis;
 - b. een amelogenesis imperfecta van ernstige aard, dan wel een omvangrijke glazuuraantasting van niet-carieuze aard, een en ander tenzij de tandboog ernstig is gemutileerd;
 - c. een kaakorthopedische afwijking, doch uitsluitend indien deze behoudens medische contra-indicatie, door middel van een osteotomie gecorrigeerd behoort te worden en daarbij een prothetische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
- 7.7. Voorts blijkt dat bij de situatie zoals deze is benoemd in artikel 31 lid 1 sub b van de zorgverzekering is bedoeld op tandheelkundige hulp aan verzekerden met een niet-

tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. Het gaat hierbij veelal om bijzondere toepassingsvormen van het uitoefenen van de normale tandheelkunde, waarbij te denken is aan gedragswetenschappelijke begeleiding en medicamenteuze-, intraveneuze- en inhalatiesedatie en narcose. De bijzondere hulp betekent in deze gevallen de uitoefening van de normale tandheelkunde onder bijzondere omstandigheden.

Vaak zal, met het oog op de behandeling van deze verzekerden, ook de deskundigheid van een andere specialist moeten worden ingewonnen.

Een en ander neemt niet weg dat ook bijzondere hulp in de zin van extra conserverende prothetische en andere hulp noodzakelijk kan zijn. Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld:

- epileptici;
- ruminerende patiënten;
- patiënten met bepaalde stoornissen van het bewegingsapparaat, die door middel van met de mond te bedienen apparatuur hun handicap deels kunnen compenseren;
- spastische patiënten.

7.8. Met betrekking tot sub 1 oordeelt de commissie dat verzoeker in aanmerking voor vergoeding zou kunnen komen indien sprake is van een kaakorthopedische afwijking. De behandeling dient dan een corrigerende osteotomie te zijn, hetgeen bij verzoeker niet het geval is.

7.9. Voor zover verzoeker stelt dat het geen tandheelkundige aandoening betreft, waarvoor de onderhavige behandeling heeft plaatsgevonden, komt de commissie op grond van het dossier tot de conclusie dat verzoeker niet behoort tot de bovengenoemde verzekerden.

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, 2 december 2009,

Voorzitter