

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C en E beide te D
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde
Zaaknummer : 2009.00386
Zittingsdatum : 7 oktober 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 10 december 2007 de aanvraag voor een tandheelkundige behandeling af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] AV SPF afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering is uiteindelijk een deel van de kosten van de tandheelkundige behandeling vergoed. Nu partijen daarover niet van mening verschillen, blijft de aanvullende ziektekostenverzekering in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Op verwijzing van zijn tandarts heeft verzoeker zich gewend tot het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) van het Amphia Ziekenhuis te Breda. Aldaar is een tandheelkundige behandeling uitgevoerd, bestaande uit een extractie 37, radix relict 27, curvecorrectie, nieuwe bovenprothese en opstellen nieuwe elementen op een bestaand frame. Het CBT heeft in het kader van deze behandeling een aanvraag gedaan voor verstrekking ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 december 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. In maart en april 2008 heeft de behandeling, op de verstrekking waarvan verzoeker aanspraak heeft gemaakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Daaraan voorafgaand heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 februari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt met betrekking tot de zorgverzekering te handhaven. Op basis van de door het CBT aangeleverde UPT-codes kon echter blijken

de bijgevoegde uitkeringsspecificatie een deel van de (tandarts)kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden gebracht.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 24 april 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak voor het resterende deel alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 7 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juli 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 juli 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 8 juli 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 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29075040) 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 tandheelkunde. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 8 oktober 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 14 oktober 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 zijn tandarts geen passende bovenprothese kon maken, en dat deze hem ten einde raad naar het CBT heeft verwezen. Het CBT heeft een behandelplan opgesteld dat door de ziektekostenverzekeraar akkoord is bevonden, mits het zou worden uitgevoerd door een tandarts/algemeen practicus. Verzoeker kon echter geen tandarts vinden en heeft toen opnieuw contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Hem werd verteld dat "als er bijzondere tandheelkunde codes gebruikt zouden worden het in orde zou zijn."

Hij heeft zich toen voor de uitvoering tot het CBT gewend.

- 4.2. Ter zitting is door verzoeker nog aangevoerd dat het geschil betrekking heeft op het feit dat hij destijds een passende bovenprothese wilde. De prothese viel uit zijn mond, en hij kon bijna niet eten. Het lukte de tandarts niet om een passende prothese te maken, waarop hij verzoeker heeft doorverwezen naar het CBT. Verzoeker is van mening dat de bovenprothese volledig dient te worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 de in het reglement opgenomen termijn waarbinnen verzoeker de kwestie aan de commissie kon voorleggen is verstreken, nu de heroverweging dateert van 13 februari 2008.

- 5.2. Voor zover de commissie verzoeker wel ontvankelijk verklaart, stelt de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende regelgeving, dat het hier reguliere tandheelkundige hulp betreft die niet valt onder de dekking van de zorgverzekering. Deze hulp kan weliswaar worden geleverd door het CBT, maar daarmee wordt het nog geen bijzondere tandheelkunde, waarvan de kosten op basis van een uurtarief kunnen worden gedeclareerd. Tijdens het spreekuurbezoek op 5 februari 2008 is verzoeker door de adviserend tandarts geïnformeerd over de procedure, maar hij bleek – volgens de aantekeningen van deze laatste – “niet gevoelig voor de uitleg en de regelgeving”.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een prothese alleen uit de zorgverzekering wordt vergoed, wanneer het gaat om een volledige prothese. Bij verzoeker is enkel een bovenprothese gedeclareerd, zodat deze is vergoed tot een maximaal bedrag van € 1.056,27 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op de uitkeringsspecificatie is vermeld dat een gedeelte van de kosten ten laste van de zorgverzekering zou zijn gebracht. De ziektekostenverzekeraar merkt hierover op dat dit verwarrend is, maar dat het tot nog toe niet lukt om de codes veranderd te krijgen. In eerste instantie is de nota van € 3.003,-- afgewezen, omdat er geen machtiging was. Later zijn de UPT-codes doorgegeven. Er is geen indicatie vanuit de zorgverzekering, zodat het bedrag van € 1.056,27 volledig vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering komt.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Alvorens het geschil inhoudelijk te beoordelen, dient de commissie te bepalen of verzoeker ontvankelijk is in zijn vordering, nu de ziektekostenverzekeraar zich in de procedure heeft beroepen op overschrijding van de reglementaire termijn van één jaar na de datum van de heroverweging voor indiening van een verzoek. De commissie stelt vast dat de heroverweging is gedateerd op 13 februari 2008. Verzoeker zal deze, vanwege de verzending per gewone post, enkele dagen later hebben ontvangen. Zijn verzoek bereikte de SKGZ op 16 februari 2009. Belangrijker dan deze geringe termijnoverschrijding, is het feit dat nadat verzoeker had besloten de behandeling te laten uitvoeren, naar aanleiding van de hierop ingediende nota's door de ziektekostenverzekeraar een nader standpunt is ingenomen. Zo heeft hij besloten althans een deel van de kosten toch te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het beroep op niet-ontvankelijkheid kan om die reden niet slagen.
- 7.2. In geschil is of en in hoeverre verzoeker recht heeft op vergoeding van de door hem gemaakte kosten ter zake van een tandheelkundige behandeling, voor zover althans niet vergoed op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.3. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.
Artikel 9 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

"a bijzondere tandheelkundige zorg

Omschrijving:

tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

1 indien 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 welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan; (...)

Machtiging:

*ja, voorafgaand aan de behandeling tenzij tussen de behandelend zorgverlener en [de ziektekostenverzekeraar] anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet voorzien zijn van een behandelplan en begroting.
(...)*

c Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (kunstgebit)

Omschrijving:

*Voor verzekerden van 18 jaar en ouder uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak, in andere gevallen dan in onderdeel a van artikel 9.
(...)*

Prestatie:

*Vergoeding van de kosten met inachtneming van de wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.
(...)*

Bijzonderheden:

- *de tandarts moet bij de aanvraag tevens de UPT-codes en de hoogte van de techniekkosten aangeven; (...)*"

- 7.4. Artikel 9 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting.
- 7.5. 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.
Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. Om voor vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde in aanmerking te komen geldt, blijkens de toepasselijke bepaling in de zorgverzekering, de eis dat sprake dient te zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking 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 bijzondere tandheelkunde aanwezig is. In dit verband worden met name oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met een gedeeltelijke resectie van kaakdelen genoemd. Uit de stukken blijkt niet dat verzoeker tot de genoemde patiëntengroepen behoort, terwijl voorts door hem in de procedure niet aannemelijk is gemaakt dat hij kampt met een in ernst vergelijkbare aandoening. Een indicatie voor bijzondere tandheelkunde ontbreekt derhalve. Het feit dat de behandeling is uitgevoerd in het CBT maakt dit niet anders.
- 7.8. Ingevolge artikel 9 onder c van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering komt de volledige gebitsprothese wél voor vergoeding in aanmerking. Door verzoeker is echter enkel een bovenprothese gedeclareerd, zodat geen sprake is van een volledige prothese. De kosten kunnen derhalve niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht.
- 7.9. De definitieve nota van het CBT die per 7 december 2008 met vervanging van eerdere nota's is gezonden, vermeldt een inmiddels tot € 3.003,-- opgelopen eindbedrag. Door verzoeker is daartoe eerder al aangevoerd dat het behandelplan door de ziektekostenverzekeraar akkoord is bevonden. Uit de stukken blijkt dat verzoeker – nadat op de aanvraag van het CBT afwijzend was beslist – op 5 februari 2008 de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft bezocht. De kort daaropvolgende heroverweging bij meergenoemde brief van 13 februari 2008 had voor verzoeker een negatieve uitkomst.
Onder deze omstandigheden is naar het oordeel van de commissie niet aannemelijk dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar sprake is geweest, expliciet dan wel impliciet, van een instemming met behandeling (volgens behandelplan) ten laste van de zorgverzekering.

- 7.10. De commissie heeft voorts aan de hand van de toepasselijke voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en met inachtneming van de gedeclareerde UPT-codes – waaraan vaste bedragen zijn gekoppeld –, geconstateerd dat de vergoeding van € 1.056, 27 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering op de juiste wijze door de ziektekostenverzekeraar is vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft desgevraagd toegelicht dat de uitkeringsspecificatie weliswaar vermeldt dat kosten ten laste van de zorgverzekering zijn gebracht – hetgeen voor verzoeker verwarrend kan zijn – doch dat alle kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn gebracht. Een en ander is in overeenstemming met de polisvoorwaarden.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 oktober 2009,

Voorzitter