

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B versus C te D
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde
Zaaknummer : 2008.02221
Zittingsdatum : 21 oktober 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 1 augustus 2008 inzake het niet verlenen van een machtiging ten behoeve van de door haar gewenste tandheelkundige behandeling in de CDC Kliniek voor Tandzorg te Best.

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 het Basispakket, variant Natura (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basisaanvullende regeling en Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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: "congenitale stoornis van de tanddoorbraak". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van een "orthodontische voorbehandeling, osteotomie en vervanging kronen bovenkaak", ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is toegewezen, voor zover de behandeling plaats zou vinden in het UMC te Utrecht. Verzoekster heeft hierna aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd de machtiging om te zetten naar een machtiging voor behandeling door de CDC Kliniek voor Tandzorg te Best. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanspraak bij brief van 1 augustus 2008 afgewezen.
- 3.3. Op 18 september 2008 heeft de behandeling, op de verstrekking waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Op 29 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld

zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 20 november 2008 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).
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 4 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Daarin heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat van de nota van € 13.500,-- een vergoeding zal worden uitgekeerd van € 10.518,09. Een afschrift hiervan is op 6 augustus 2009 aan verzoekster gezonden. Daarbij is haar gevraagd of wat haar betreft de kwestie is opgelost. Bij e-mail van 19 augustus 2009 met daarbij de brief aan de ziektekostenverzekeraar van dezelfde datum, heeft verzoekster medegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost, met een overzicht van de vergoedingen waarop zij verder nog aanspraak maakt.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 31 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 20 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 2 september 2009 heeft het CVZ 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 redelijkerwijs niet is aangewezen op vergoeding van de meerkosten. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 oktober 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 22 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 27 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, het volgende. Voor de tandheelkundige behandeling in het UMC te Utrecht is op 3 april 2008 door

de ziektekostenverzekeraar een machtiging verleend. Verzoekster heeft naderhand verzocht de machtiging om te zetten, waardoor de behandeling in de CDC Kliniek voor Tandzorg plaats zou kunnen vinden. De reden dat verzoekster behandeld wenst te worden bij de CDC Kliniek voor Tandzorg en niet in het UMC te Utrecht, is het verschil in duur van de behandeling. Bij het UMC te Utrecht duurt deze drie jaar, bij de CDC Kliniek voor Tandzorg slechts drie maanden. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de CDC Kliniek voor Tandzorg niet de aangewezen instantie is om de behandeling uit te voeren, gezien de complexiteit van de behandeling. Verzoekster wijst erop dat uit de stukken blijkt, dat de CDC Kliniek voor Tandzorg heeft verklaard dat de betreffende behandeling door hen veelvuldig wordt uitgevoerd. Men beschikt over kwaliteitscertificaten ISO 9001/HKZ en het ZKN, en de kliniek behoort tot de 50 best geleide ondernemingen. Naar de mening van verzoekster is deze kliniek daarom wel degelijk in staat de behandeling uit te voeren.

- 4.2. Nadat de ziektekostenverzekeraar had toegezegd een bedrag van € 10.518,09 te vergoeden, heeft verzoekster zich andermaal op het standpunt gesteld dat door de ziektekostenverzekeraar een machtiging is verstrekt voor behandeling in de CDC Kliniek voor Tandzorg met als ingangsdatum 1 maart 2008. Verzoekster acht het redelijk de rente vergoed te krijgen van de door haar afgesloten lening van € 15.000,--.
- 4.3. Voorts deelt verzoekster mede dat in 2008 een bedrag van € 2.091,50 is betaald. Dit betreft een betaling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bedrag in mindering gebracht als zijnde een voorschot op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. Dit is volgens verzoekster onjuist, aangezien voor 2009 ook € 2.000,-- uit de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden betaald. Verder is het voor verzoekster onduidelijk waarom de narcosekosten niet binnen de machtiging vallen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling nog aangevoerd dat er een machtiging ten laste van de zorgverzekering ligt voor ruim € 10.000,--. Bovendien bestaat voor zowel 2008 als 2009 nog recht op een maximale uitkering van € 3.000,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster benadrukt dat zij zelf een zorgverlener mag kiezen.

- 4.5. 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 uit de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat de behandeling voor bijzondere tandheelkunde uitgevoerd dient te worden door een tandarts of orthodontist, die is verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde of door een tandarts of orthodontist met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring of door een kaakchirurg. De CDC Kliniek voor Tandzorg en de tandartsen die in deze kliniek werkzaam zijn voldoen niet aan de hiervoor genoemde voorwaarden.
- 5.2. Bij zijn reactie van 4 augustus 2009 op het schrijven van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld alsnog een bedrag van € 10.518,50 te betalen. Het bedrag van € 8.836,91 voor laboratoriumkosten acht de ziektekostenverzekeraar onnodig hoog, en is daarom uitgesloten van volledige vergoeding. Daarom is een bedrag van € 5.855,-- gehanteerd voor deze kosten; dit is het bedrag dat geldt in het

UMC in Utrecht. Voor de narcose is volgens de polisvoorwaarden geen vergoeding mogelijk.

- 5.3. Op de stelling van verzoekster dat zij recht heeft op vergoeding van de rente die zij heeft moeten betalen voor de door haar afgesloten lening, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat die kosten zijn opgeroepen doordat verzoekster ervoor heeft gekozen de behandeling in de CDC Kliniek te laten uitvoeren. Als zij naar het UMC Utrecht was gegaan, had zij geen kosten hoeven maken voor een lening.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat het gemachtigde bedrag € 10.518,09 bedraagt, en dat dit bedrag wordt verrekend met de eerdere uitkering ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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, 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster een hogere vergoeding te verlenen dan € 10.518,50 voor de behandeling in de CDC Kliniek voor Tandzorg. 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 38 van de zorgverzekering. Artikel 29.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“29.2 Tandheeskundige 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 ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheeskundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;*

(...)

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 medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheeskundige noodzakelijk is.

Door:

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

In het ‘Reglement restitutie 2008’ is in artikel 15.3 bepaald welke vergoeding heeft te gelden wanneer verzekerden aanspraak maken op zorg van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“15.3 Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Voor tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen, verzorgd door een tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, een tandarts of orthodontist met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring, of een kaakchirurg, met wie [de zorgverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, worden de kosten vergoed tot ten hoogste 80% van de hiervoor geldende Wmg-tarieven 2008.”

- 7.3. Artikel 29.2 van de zorgverzekering, en artikel 15.3 van het ‘Reglement restitutie 2008’ is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Door de ziektekostenverzekeraar wordt niet betwist, dat bij verzoekster sprake is van een zeer ernstige tandheelkundige afwijking, die in beginsel voor vergoeding in aanmerking komt. Hetgeen partijen allereerst verdeeld houdt, is de vraag of de CDC Kliniek voor Tandzorg, niet zijnde een centrum voor bijzondere tandheelkunde, heeft te gelden als een tandartspraktijk met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende. Vast staat dat de aandoening van verzoekster dermate ernstig is, dat een gecompliceerde behandeling plaats dient te vinden. Het UMC te Utrecht is gespecialiseerd in behandelingen op dit gebied. De CDC Kliniek voor Tandzorg heeft weliswaar verklaard dat het een behandeling betreft die veelvuldig door hen wordt toegepast, maar deze kliniek is niet gespecialiseerd in bijzondere tandheelkunde, waarvan een kenmerk is dat verschillende disciplines samenkomen. Daarom heeft de CDC Kliniek voor Tandzorg naar het oordeel van de commissie niet te gelden als tandartspraktijk met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring, zoals bedoeld in artikel 29.2 de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is echter overgegaan tot vergoeding van een bedrag van € 10.518,50 voor de door verzoekster ondergane behandeling in de CDC Kliniek voor Tandzorg. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat dit bedrag wordt verrekend met hetgeen reeds is betaald ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het verschil met het gevorderde bedrag blijkt tot een bedrag van € 2.981,-- te zijn tot stand gekomen door uit te gaan van wat het bedrag aan laboratoriumkosten zou zijn geweest bij het UMC. Te dien aanzien overweegt de commissie dat aan een ziektekostenverzekeraar op grond van de gesloten overeenkomst het recht toekomt om de behandeling en daarmee ook de daaraan verbonden kosten geheel of voor een deel te onderwerpen aan een doelmatigheidstoets en om daarin ook het verschil in prijsniveau tussen zorgverleners te betrekken. Naar het oordeel van de commissie heeft dit, gelet ook op het hierboven overwogene ten aanzien van de CDC

Kliniek voor Tandzorg, niet geleid tot een onredelijke uitkomst. Ook overigens komt het door de ziektekostenverzekeraar bepaalde en uit te keren bedrag niet onredelijk voor.

- 7.7. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar haar het bedrag aan rente dat zij heeft betaald voor de door haar afgesloten lening dient te vergoeden, overweegt de commissie als volgt. Vast staat dat verzoekster zelf heeft gekozen voor behandeling in de betrokken kliniek. Dat brengt met zich dat de kosten die zij heeft gemaakt, toen betaling van de ingediende nota's door de ziektekostenverzekeraar op bezwaren stuitte en zij om tijdig aan haar betalingsverplichting tegenover de kliniek te kunnen voldoen, een geldlening moest sluiten, voor haar rekening dienen te blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. De artikelen 14.2 en 14.5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, regelen voor zover hier van belang:

"14.2 Kronen en bruggen

*Omschrijving
behandeling voor het vervangen van geheel of gedeeltelijk ontbrekende tanden en/of kiezen met vaste voorzieningen.*

(...)

De kosten van kronen, brugdelen en implantaten in de niet-tandeloze kaak samen komen voor vergoeding in aanmerking tot ten hoogste € 1.500,00 per kalenderjaar.

(...)

14.5 Overige prothetische voorzieningen

*Omschrijving
overige prothetische voorzieningen, inclusief techniekkosten*

(...)

*Vergoeding
volledig, op basis van de onder omschrijving genoemde UPT-codes."*

- 7.9. De commissie stelt vast dat op de rekeningen van de CDC Kliniek voor Tandzorg gebruik wordt gemaakt van UPT-codes, en dat de juiste bedragen hieraan zijn gekoppeld. De ziektekostenverzekeraar heeft een totaalbedrag uitgekeerd dat overeen komt met de som van de bedragen die gelden voor tandheelkundige behandelingen, zoals volgt uit de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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, 4 november 2009,

Voorzitter