

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Mondzorg, orthodontie
Zaaknummer : 2009.02401
Zittingsdatum : 21 april 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 15 oktober 2008, waarbij zijn verzoek om afgifte van een machtiging voor een orthodontische behandeling (hierna: de aanspraak) werd afgewezen.

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] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beperkte Aanvullende Verzekering en Basis 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. Nadat op een eerdere aanvraag afwijzend was beslist door de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoeker nogmaals een aanvraag ingediend, waarna hij is uitgenodigd voor het spreekuur van de tandheelkundig adviseur. In vervolg hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 15 oktober 2008 aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Hierop is verzoeker nogmaals opgekomen tegen de afwijzing van de eerdere aanvraag. Bij brief van 22 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar hier op gereageerd.
- 3.4. Bij brief van 7 november 2009 heeft verzoeker 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).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 2 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 4 februari 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 8 april 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010020584) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten doen naar de indicatie van verzoekster voor de gewenste behandeling, en – indien deze niet aanwezig blijkt – een eventuele afwijzing zorginhoudelijk te onderbouwen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 april 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 april 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 1 juni 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 4 juni 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 verzoeker

- 4.1. De behandelend orthodontist heeft in 2007, onder verwijzing naar ‘de indicatieve lijst’ geconcludeerd dat bij verzoeker sprake is van een “traumatiserende palatumbeet”, en verzocht om afgifte van een machtiging voor een orthodontische behandeling. Tevens zou de mandibula moeten worden verlengd, waarvoor verzoeker is verwezen naar een kaakchirurg. De kaakchirurg heeft vastgesteld dat verzoeker kampt met een “diepe traumatiserende congenitale malocclusie”.
- 4.2. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden, er daarbij ook op wijzend dat hij het tandvlees achter de boventanden tot bloedens toe kapot beet.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de röntgenfoto's aanvankelijk heeft achtergehouden. Deze zijn pas later bij de beoordeling betrokken, zoals blijkt uit het ‘formulier spreekuurbezoek.’
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het 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, en onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat een indicatie voor orthodontische zorg in bijzondere gevallen ontbreekt. Met name is geen sprake van een palatumbeet met ernstig gingivaal trauma, hetgeen betekent dat de ondertanden niet tegen het tandvlees aan de binnenkant van het bovengebit komen.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanvraag is beoordeeld aan de hand van de overgelegde röntgenfoto's en de modellen die daartoe zijn opgevraagd bij de orthodontiepraktijk. Met name op de foto van het zijaanzicht is te zien dat de tanden het parodontium niet raken.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

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 de beslissing van de ziektekostenverzekeraar geen machtiging af te geven voor de orthodontische behandeling van verzoeker ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners.
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, aldus:

“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; (...)*

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 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.

(...)

Machtiging:

ja.(...)"

- 8.3. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 77 een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 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 Besluit zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in artikel 2.4 van de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5.. In artikel 2.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat verzekerden van 22 jaar en ouder aanspraak kunnen maken op orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden. De vergoeding bedraagt 80 percent van de kosten tot ten hoogste € 350,-- voor de gehele looptijd van de verzekering.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. Om voor vergoeding van de kosten van orthodontische hulp in het kader van de 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 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.
- 9.3. In het geval van verzoeker bestond blijkens de aanvraag een sagittale overbeet van 10 mm en een verticale overbeet van 7 mm. Eerst bij een distorelatie (Klasse II) met een overjet van meer dan 13 mm is een indicatie in het kader van bijzondere tandheelkunde aanwezig.
- In het advies van het CVZ wordt als mogelijke indicatie genoemd "een zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma met aantoonbare schade aan het parodontium". Naar de zienswijze van het CVZ kan de aanwezigheid van een dergelijke indicatie niet worden opgemaakt uit de zich in het dossier bevindende kopieën van röntgenfoto's, ook niet nadat zulke bij de ziektekostenverzekeraar waren opgevraagd en deze door hem werden overgelegd.
- De commissie stelt vast dat daarvoor noch daarna door verzoeker materiaal uit de beginsituatie van de onderhavige behandeling is aangeleverd, dat zijn stelling kan schragen dat zich bij hem een zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma met aantoonbare schade aan het parodontium voordeed in de zin van bedoelde indicatieve lijst. Anderzijds heeft de ziektekostenverzekeraar, naast de röntgenfoto's die vol-

gens verzoeker al eerder waren overgelegd, in vervolg op het spreekuurbezoek nog de modellen opgevraagd bij de orthodontiepraktijk teneinde de beginsituatie te kunnen reconstrueren. Uit die modellen is niet van een indicatie gebleken.

Deze gang van zaken verklaart overigens ook waarom op het 'formulier spreekuur bezoek' een tekst is toegevoegd; de beoordeling kon namelijk pas plaatsvinden na ontvangst van de modellen.

Nu verzoeker al geruime tijd vóór het spreekuurbezoek was gestart met de behandeling, heeft hij het risico aanvaard dat het bestaan van een indicatie in de beginsituatie niet meer zou kunnen worden bepaald. Om die reden, en vanwege het feit dat door de ziektekostenverzekeraar alle relevante gegevens over de beginsituatie (te weten de röntgenfoto's en de modellen) al werden opgevraagd en door deze in zijn beoordeling zijn betrokken, acht de commissie – anders dan het CVZ – verder onderzoek daarnaar niet aangewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Op grond van de door hem gesloten aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker recht op vergoeding van 80 percent van de kosten van orthodontische zorg, waarbij een maximum geldt van € 350,-- voor de gehele looptijd van de verzekering. Genoemd bedrag komt derhalve slechts tot uitkering voor zover geen eerdere vergoedingen krachtens dit artikel hebben plaatsgehad.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 juni 2010,

Voorzitter