

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van G
tegen C vertegenwoordigd door E te D
Zaak : Mondzorg, tandheelkundige zorg, orthodontie
Zaaknummer : 2009.01784
Zittingsdatum : 10 februari 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van G hierna te noemen: verzekerde,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 7 november 2008 de kosten voor een orthodontische behandeling ten behoeve van verzekerde niet te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beperkte Aanvullende Verzekering en Basis Tand 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 orthodontist heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "patiënt vertoont KL I open, sagittale overbeet van 2 mm, diepe beet van 5 mm en lichte crowding in boven en onderfront. De patiënt heeft een ingesloten 13". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "een orthodontistische behandeling met vaste apparatuur gedurende drie jaar".
- 3.3. Bij brief van 21 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat maximaal 80% van de kosten worden vergoed tot maximaal € 1.370,-- , zulks vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 18 oktober 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 (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 1 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 december 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 9 december 2009 en 26 januari 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 4 december 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 15 december 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29133031) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op de grond dat verzekerde geen indicatie heeft voor het gevraagde. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 20 januari 2010 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 februari 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 12 februari 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 17 februari 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. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij verzekerde een indicatie bestaat voor bijzondere tandheelkunde. Bij verzekerde is namelijk sprake van een retentie van een in aanleg aanwezig gebitselement, hetgeen feitelijk dezelfde gevolgen heeft als de in artikel 29.1 sub 12 genoemde indicatie, namelijk het

ontbreken van een tand.

4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat verwarring is ontstaan over het verschil tussen de artikelen 29.1 en 29.2 van de zorgverzekering en de daarbij behorende indicatieve lijst. De ziektekostenverzekeraar spreekt over een indicatieve lijst die limitatief wordt gehanteerd, hetgeen verzoeker een zeer wonderlijke redenering vindt. Voorts is artikel 29.2, en daarom ook de bijbehorende lijst, van toepassing bij veel ernstigere situaties. Verzekerde is pas 13 jaar oud, waardoor artikel 29.1 op haar van toepassing is.

4.3. 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, dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de onderhavige kosten ten laste van de zorgverzekering aangezien verzekerde geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de situatie van verzekerde niet vergelijkbaar met oligodontie. Als richtlijn voor oligodontie wordt aangehouden dat ten minste twee elementen in de bovenkaak en twee elementen in de onderkaak ontbreken, of in totaal vier gebitselementen niet zijn aangelegd. Bij verzekerde gaat het om één element.

5.2. Vanuit de ten behoeve van verzekerde afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van maximaal 80% van de op de begroting vermelde behandelingen tot een maximum van € 1.370,-- voor de duur van de verzekering.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat artikel 29.1 van de zorgverzekering een algemene omschrijving geeft, die door de indicatieve lijst – die overigens op beide artikelen van toepassing is – wordt uitgewerkt. De toets of sprake is van één van de situaties op de indicatieve lijst dient te worden uitgevoerd door een tandarts. De tandarts van verzekerde spreekt over het niet aangelegd zijn van een tand, hetgeen zou leiden tot de benaming oligodontie. De tand blijkt echter wel te zijn aangelegd, maar niet te zijn doorgekomen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzekerde onder vigore van de zorgverzekering een indicatie heeft voor de aangevraagde orthodontistische behandeling.

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 29.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat voor verzekerden jonger dan 22 jaar en luidt, voor zover van belang, als volgt:

“Mondzorg

Artikel 29.1 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar

Omschrijving:

Zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen:

(...)

12 Tandvervangende hulp met niet plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, of omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval.

(...)”

- 7.3. Artikel 29.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 29.2 Tandheelkundige 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 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;*
- 2. als 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 hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;*
- 3. (...)*

(...)

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.

(..)

- 7.4. De artikelen 29.1 en 29.2 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.12 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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. Door verzoeker is gesteld dat bij verzekerde sprake is van retentie van een in aanleg aanwezige hoektand en dat zulks een indicatie vormt als bedoeld in artikel 29.1 sub 12 van de zorgverzekering aangezien de situatie van verzekerde dezelfde gevolgen heeft als het ontbreken van een hoektand.
- 7.8. Artikel 29.1 sub 12 ziet op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. De aanvraag heeft daar evenwel geen betrekking op, omdat deze immers ziet op een orthodontistische behandeling.
- 7.9. Orthodontistische behandelingen kunnen op grond van artikel 29.2 onder de dekking van de zorgverzekering vallen, mits er een indicatie is voor bijzondere tandheelkunde. 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 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. Bij verzekerde is sprake van één ingesloten element. Zij kan daarom niet als oligodontiepatiënt worden aangemerkt. Dit vereist immers dat meerdere elementen in het geheel niet zijn aangelegd. Ook geen van de beide andere, dan wel een qua ernst daarmee vergelijkbare aandoening, is bij verzekerde aan de orde. Van enige andere vorm van mededagnostiek of medebehandeling dan de tandheelkundige is niet gebleken, zodat ook aan die eis niet is voldaan.
- 7.10. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het verzoek, waar het gaat om de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 februari 2010,

Voorzitter