

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: Mondzorg, bijzondere tandheeldkunde, vergoeding tandheeldkundige behandeling
Zaaknummer	: ANO06.110
Zittingsdatum	: 22 november 2006

Zaak: ANO06.110, mondzorg, bijzondere tandheelkunde, vergoeding tandheelkundige behandeling

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(art. 11 Zvw, 2.7 Bzv)

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 het besluit van de zorgverzekeraar van 4 mei 2006 inzake het niet vergoeden van een tandheelkundige behandeling onder de bijzondere tandheelkunde.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1 Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).

3.2 Met het vergoedingenoverzicht van 4 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de tandheelkundige hulp, te weten 2 éénvlaksrestauraties, niet voor vergoeding in aanmerking komt.

3.3 Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4 Bij brief van 9 augustus 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar aan haar toezegging van 2002 te houden, en de zorgverzekeraar op te dragen de tandheelkundige hulp te vergoeden.

3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 25 september 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

3.7 Op 3 oktober 2006 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door partijen gebruik gemaakt. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 22 november 2006 telefonisch gehoord.

- 3.9 Bij brief van 23 november 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.10 Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 20 december 2006 op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zorgverzekeringswet, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.
4. Het standpunt van verzoeker
- 4.1 Verzoeker is een 57-jarige man die met een cheilopalatoschizis (open gehemelte en lipspleet) is geboren. Op basis hiervan is hem in het verleden door de zorgverzekeraar een brief, gedateerd 29 oktober 2002, ter hand gesteld, waaruit blijkt dat hij bij uitzondering toestemming krijgt voor de vergoeding van een bepaalde tandheelkundige behandeling. In deze brief wordt verzoeker aangeraden om bij de indiening van de rekening voor toekomstige tandheelkundige behandelingen, naar deze brief te verwijzen.
- 4.2 Verzoeker is van mening dat de zorgverzekeraar gehouden is zijn tandheelkundige verrichtingen te vergoeden. Enerzijds doet hij een beroep op de bovengenoemde brief van 2002. Anderzijds is verzoeker van mening dat hij, gezien zijn cheilopalatoschizis, recht heeft op vergoeding onder de bijzondere tandheelkunde.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1 De zorgverzekeraar is, op basis van de informatie van de tandheelkundig adviseur, van mening dat de twee onderhavige éénvaksvullingen geen verband houden met de cheilopalatoschizis. Dit is telefonisch bevestigd door de behandelend tandarts van verzoeker. Van bijzondere tandheelkunde is volgens de zorgverzekering dan ook geen sprake.
- 5.2 Met betrekking tot de brief van 29 oktober 2002 merkt de zorgverzekeraar het volgende op. Deze brief had betrekking op de vergoedingslijst van 2002. Na 2002 heeft een onverplichte vergoeding voor tandheelkundige hulp plaatsgevonden. Die vergoeding was gebaseerd op de regeling van de zorgverzekeraar zoals deze tot en met 31 december 2005 bestaan heeft. Deze regeling is echter met ingang van 1 januari 2006 komen te vervallen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. De beoordeling van het geschil
- 7.1 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verze-

kerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2 Het betreft hier een mixpolis, zodat de verzekerde afhankelijk van de voorwaarden van de zorgverzekering is aangewezen op al dan niet gecontracteerde zorg. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, voor zover het niet de behandeling van een kaakchirurg betreft, is niet opgenomen in artikel 12.3 van de voorwaarden, waar de zorg in natura vermeld staat. Vergoeding voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen staat vermeld in artikel 26, tweede lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3 De regeling van artikel 26 is volgens de algemene voorwaarden, artikel 2.10 van de polisvoorwaarden, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4 In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de 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. Waar het gaat om tandheelkundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in 2.7 Bzv.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 Met betrekking tot de vergoeding van de twee éénvlaksvullingen op basis van artikel 26, tweede lid onder 1, van de zorgverzekering heeft het volgende te gelden. Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten zoals tandartsen die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

“1. Indien de verzekerde een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis (..) 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.”

Hoewel verzoeker een ernstige ontwikkelingsstoornis van het tand-kaak-mondstelsel heeft, is niet aannemelijk geworden dat hij zonder de onderhavige behandeling geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er bestaat derhalve geen aanspraak op basis van artikel 26.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.7 Met betrekking tot de vergoeding van de twee éénvlaksvullingen op basis van de brief van 29 oktober 2002 van de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar overweegt de commissie het volgende.
- De betreffende toezegging is indertijd gedaan op basis van een ingediende begroting voor een behandeling van bijzondere tandheelkundige aard. Voor zover de tandheelkundige zorg binnen deze begroting valt, heeft verzoeker recht op vergoeding van de kosten daarvan. Nu uit de begroting van 17 september 2002 is gebleken dat de onderhavige twee éénvlaksvullingen geen verband houden met de begroting voor de behandeling van de cheilopalatoschisis, kan verzekerde geen recht doen gelden op vergoeding van vorenbedoelde vullingen op basis van de brief van 29 oktober 2002.

7.8 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 december 2006

Voorzitter