

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B versus C en E, beide te D
Zaak : Mondzorg, orthodontie
Zaaknummer : 2008.01661
Zittingsdatum : 11 februari 2009

Zaak: 2008.01661 Mondzorg, orthodontie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 9 april 2008 de kosten van orthodontische behandelingen niet te vergoeden.

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 Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vrije Keuze Optifit en Tandfit C afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend tandarts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "extreem diepe beet (palatumbet/dekbeet)" waarbij de randen van de onderincisieven traumatisch contact maken met het palatum". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan behandelingen van orthodontie ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker is hiertegen opgekomen bij zijn e-mail van 24 april 2008. Nadat verdere correspondentie heeft plaatsgevonden, heeft de zorgverzekeraar bij e-mail van 19 mei 2008 medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 1 november 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden

is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 11 december 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 december 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 december 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 15 december 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 januari 2008 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 bij verzoeker geen sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 11 februari 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 12 februari 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 17 februari 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, het volgende. Voor schadebehandeling worden indicaties gehanteerd teneinde te bepalen of sprake is van dekking onder de polisvoorwaarden. Eén van die indicaties is: 'zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium'. Verzoeker is van mening dat hij aan dit criterium voldoet, mede gezien het feit dat zijn tandarts dit heeft bevestigd. De ziektekostenverzekeraar legt ten onrechte een verband tussen de mate waarin een gekozen behandeling ingrijpend is voor de patiënt en de noodzaak tot medebehandeling en/of medediagnostiek. Verzoeker heeft afgezien van een osteotomie, en in plaats daarvan voor orthodontie gekozen, aangezien deze laatste behandeling minder ingrijpend is. In de polisvoorwaarden Tandfit C 2007 was orthodontie niet uitgesloten van verzekeringsdekking. De uitsluiting in de polisvoorwaarden 2008 was niet opgenomen in de wijzigingen die de zorgverzekeraar vóórdien voor die polisvoorwaarden had aangekondigd.

- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Hij is in naïviteit het traject ingegaan. Zijn aanname was dat hij voor de meest uitgebreide dekking had gekozen. Gezien het preventieve karakter is in wezen sprake van een vestzakbroekzaksituatie. Nu kosten maken betekent immers een besparing in de toekomst. Verzoeker heeft de polisvoorwaarden geraadpleegd en ziet ruimte voor vergoeding. In het CVZ-advies wordt gesteld dat het geen ernstige stoornis betreft en dat geen sprake is geweest van mededagnostiek. Verzoeker merkt op dat de zorgverzekeraar hier nooit naar heeft geïnformeerd.
- 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 door de tandarts opgegeven indicatie niet leidt tot een aanspraak die voldoet aan de voorwaarden voor orthodontie conform de zorgverzekering. Het feit dat in eerste instantie een osteotomie is voorgesteld, maar verzoeker heeft gekozen voor een minder ingrijpende, reguliere orthodontiebehandeling, geeft al aan dat de noodzaak, ter verkrijging van het gewenste resultaat, om medebehandeling of mededagnostiek van andere medische disciplines aan te wenden, niet is aangetoond. Hierdoor kan geen sprake zijn van vergoeding op grond van artikel 15, lid 3, van de zorgverzekering.
- 5.2. In de onderhavige van toepassing zijnde aanvullende ziektekostenverzekering Tandfit C is orthodontie expliciet uitgezonderd. Die uitzondering (uitsluiting) heeft enkel tot doel te verduidelijken dat orthodontie niet valt onder de algemene tandheelkunde. Dit laatste was ook reeds het geval onder de werking van de polisvoorwaarden voor 2007, en houdt derhalve geen wijziging in.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ-advies het standpunt van de zorgverzekeraar bevestigt. Waar het gaat om de aanvullende ziektekostenverzekering is de situatie dat het hier een geval uit 2007 betreft en de commissie derhalve formeel niet bevoegd is. De zorgverzekeraar stelt echter wel prijs op een bindend advies ter zake en heeft dat ook in een eerdere brief bevestigd. Op een vraag van verzoeker waarom de polisvoorwaarden niet definiëren wat het begrip 'algemene tandheelkundige hulp' inhoudt, antwoordt de zorgverzekeraar dat de inhoud van dat begrip min of meer vaststaat.
- 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, 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 verzoeker een vergoeding toe te kennen voor de door deze gewenste orthodontische behandelingen, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 4 tot en met 23 van de zorgverzekering. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, als volgt:

“Artikel 15 Mondzorg

Lid 1

Mondzorg omvat vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten plegen te bieden, waarbij geldt dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan, voor zover daarvoor dekking bestaat, worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist:

- 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 had voorgedaan;*
- 2. indien 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 welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of*
- 3. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.*

(...)

Lid 3

Orthodontische hulp is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mede diagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.”

- 7.3. Artikel 15 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.6. De commissie stelt vast dat in de situatie van verzoeker een indicatie voor bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel 15 lid 3 van de zorgverzekering ontbreekt. Naar uit de toelichting op artikel 2.7 Bzv blijkt, dient de reikwijdte van dit artikel zo te worden verstaan dat een ingrijpende orthodontische behandeling slechts kan worden vergoed in zeer ernstige gevallen. Te denken valt daarbij aan schisispatiënten of patiënten met een vergelijkbare zeer ernstige afwijking. Naar het oordeel van de commissie is niet uit enige medische onderbouwing dan wel anderszins gebleken dat hiervan bij verzoeker sprake is. Gesteld noch gebleken is dat in zijn geval medebehandeling of medediagnostiek van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. Tussen partijen is, mede gezien de brief van verzoeker van 1 november 2008, niet in geschil dat geen aanspraak bestaat op basis van de aanvullende verzekering Vrije Keuze Optifit.
- 7.9. Artikel 1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering Tandfit C regelt, voor zover hier van belang:
- “(…)
Vergoed worden de kosten van behandeling door een tandarts of mondhygiënist volgens wettelijke of marktconforme tarieven. Uitgezonderd zijn de kosten van orthodontie en het bleken van elementen.
(…)”

- 7.10 De polisvoorwaarden 2008 van deze aanvullende verzekering sluiten derhalve vergoeding van kosten van orthodontie expliciet uit. Voorzover verzoeker zich hierbij erop wil beroepen dat dit in de polisvoorwaarden van 2007 niet het geval was en daarmee, zeker toen die uitzondering niet onder de aan verzoeker aangekondigde polisvoorwaarden stond vermeld, bij hem de verwachting was gewekt dat orthodontie onder de verzekeringsdekking 2008 viel, merkt de commissie het volgende op. Uit de eerdere polisvoorwaarden noch uit enige andere gestelde omstandigheid valt naar haar oordeel op te maken dat orthodontie – in afwijking van de algemeen gangbare inhoud van algemene tandheelkunde – begrepen moest worden geacht te vallen onder de algemene tandheelkunde. Niet valt in te zien op welke wijze in deze bij verzoeker sprake kon zijn van een redelijke verwachting als door hem gesteld.

Slotsom

- 7.11 Het verzoek dient in al zijn onderdelen te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 februari 2009,

Voorzitter