

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: mondzorg, brug
Zaaknummer	: 2009.00034
Zittingsdatum	: 1 juli 2009

Zaak: 2009.00034 (mondzorg, brug)

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, 10 en 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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 18 september 2008 de ingediende tandartsnota's ter hoogte van € 124,20 en € 2.520,20 niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering Vrije Keuze Topfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige kosten, en blijft om die reden in het vervolg buiten beschouwing.
- 3.2. Bij verzoeker is een voortand afgebroken en is een andere tand gedeeltelijk beschadigd. Hij heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van vier kronen en een brugconstructie ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Met het uitkeringsbericht van 18 september 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat diens aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 december 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker 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 23 maart 2009 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,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 8 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 mei 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 15 mei 2009 respectievelijk 12 juni 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 12 mei 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 10 juni 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29052256) 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 zodanige ernstige verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel waardoor hij zonder de gevraagde zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de afwijking zich niet zou hebben voorgedaan.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 12 juni 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Beide partijen hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat, nadat de behandeling door de kaakchirurg was afgerond, hij “vanwege de moeilijkheidsgraad” door zijn tandarts is doorverwezen naar een gespecialiseerde collega. Volgens verzoeker is de door de betreffende collega uitgevoerde behandeling een chirurgische ingreep, die – zij het tegen hogere kosten – ook door een kaakchirurg had kunnen worden uitgevoerd. Verzoeker bestrijdt dat het hier reguliere tandheelkundige zorg betreft. Onder verwijzing naar artikel 15 van de zorgverzekering meent verzoeker dat hij een indicatie had voor bijzondere tandheelkunde. Hij voegt hier aan toe dat de behandeling snel moest geschieden vanwege een aanstaand vertrek naar het buitenland, en hij niet met twee “gaten” in zijn gebit kon blijven lopen. Verder geeft verzoeker aan dat de brugconstructie niet implantaatgedragen is.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat uit de door verzoeker overgelegde stukken blijkt dat een afgebroken voortand door de

kaakchirurg is verwijderd. Het verdere herstel valt onder de reguliere tandheelkunde. Verzoeker kampt niet met een ontwikkelings- of groeistoornis, terwijl evenmin sprake is van een afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld in artikel 15 van de zorgverzekering.

- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of het verzoek van verzoeker tot vergoeding van tandartsnota's terecht door de zorgverzekeraar is afgewezen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.

Artikel 15 van de 'Omvang dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Voor verzekerden van 22 jaar en ouder gaat het daarbij met name om de regeling met betrekking tot bijzondere tandheelkunde, de chirurgisch tandheelkundige zorg en de uitneembare volledige prothetische voorziening. In dit geval spitst de kwestie zich toe op de bijzondere tandheelkunde. Artikel 15 lid 1 bepaalt ter zake:

"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; (...)"*

- 7.3. Artikel 15 lid 1 van de 'Omvang dekking' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de 'Algemene bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.

- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 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 niet is gebleken van een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis. Evenmin kan worden gesproken van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld in artikel 15 lid 1 van de zorgverzekering. Een indicatie voor bijzondere tandheelkunde ontbreekt derhalve. Anders dan door verzoeker wordt verondersteld, behoort de onderhavige mondzorg tot de zorg zoals een tandarts-algemeen practicus die pleegt te bieden. Nu verzoeker ouder is dan 22 jaar biedt de zorgverzekering daarvoor geen dekking.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2009,

Voorzitter