

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, in deze vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, orthodontie
Zaaknummer : 2012.00842
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door E te F, hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam gevolmachtigde] tand € 700,00 excl. techniekkosten afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een orthodontische behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 13 juni 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 27 juni 2012 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 van € 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 de commissie bij brief van 17 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 augustus 2012 per e-mailbericht medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 september 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 augustus 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 augustus 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012099786) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. De commissie heeft verzoeker tijdig en op correcte wijze uitgenodigd voor de telefonische hoorzitting op 10 oktober 2012. Verzoeker bleek echter, toen hij werd gebeld voor de hoorzitting, niet beschikbaar te zijn, en heeft de commissie verzocht de zitting naar de middag te verplaatsen. Nadat gebleken was, dat de ziektekostenverzekeraar niet in de gelegenheid was de zitting 's middags bij te wonen en de zitting daarom op het afgesproken tijdstip diende plaats te vinden, heeft verzoeker afgezien van de mogelijkheid zijn standpunten nader toe te lichten tijdens een hoorzitting. Vervolgens is de ziektekostenverzekeraar telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Een afschrift van het hoorzittingsverslag is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Bij brief van 11 oktober 2012 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 19 oktober 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend parodontoloog heeft in zijn brief van 31 augustus 2011 aan de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar verklaard dat bij verzoeker sprake is van *“ernstige/pathologische recessie van de gingiva buccaal ter plaatse van de 42 (7 mm), ten gevolge van een verkeerd uitgevoerde/afbehandelde orthodontische behandeling in het verleden; de 42 staat in een buccale positie, buiten het alveolaire bot, buiten de boog. De lange termijn prognose van de 42 is nu dubieus.”*

- 4.2. Het tandvlees van één van de ondertanden van verzoeker trekt zich terug. Door de behandelend parodontoloog is geconcludeerd dat dit wordt veroorzaakt doordat de tand scheef in de kaak staat. Als hieraan niets wordt gedaan zal verzoeker deze tand verliezen. Daarom is een orthodontische behandeling aangewezen. Na de orthodontische behandeling zal nog een tandvleestransplantatie moeten plaatsvinden, waardoor het tandvlees van verzoeker weer gezond zal worden.
- 4.3. Als voornoemde ingreep niet zou plaatsvinden, zou de tand afsterven dan wel moeten worden verwijderd. Vervolgens zouden hiervoor een stifttand en een brug in de plaats moeten komen. Het plaatsen van een brug zou echter zeer kostbaar zijn. Daarnaast heeft verzoeker de wens zijn natuurlijke gebit te behouden. Verzoeker is daarom reeds begonnen met de orthodontische behandeling.
- 4.4. Verzoeker is van mening dat bij hem sprake is van een indicatie zoals bedoeld in de polisvoorwaarden, omdat hij zonder de orthodontische behandeling zeker zijn tand zou verliezen en in plaats daarvoor een stifttand met brug zou moeten krijgen.
- 4.5. Nadat verzoeker de eerste nota van de orthodontische behandeling ter declaratie had ingediend, heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding hiervan op 12 juli 2011 afgewezen. Verzoeker heeft hierover diverse keren telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Bij e-mailbericht van 7 september 2011 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar nogmaals verzocht de onderhavige behandeling te vergoeden. Aangezien verzoeker hierop geen reactie van de ziektekostenverzekeraar ontving, heeft hij op 16 september 2011 een herinnering gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop op 26 september 2011 gereageerd. De behandelend parodontoloog diende nu ook nog - naast het indienen van het behandelplan - een aanvraagformulier voor bijzondere tandheelkunde in te vullen.
- 4.6. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar, bij brief van 7 november 2011, de aanvraag wederom afgewezen. Het stoort verzoeker dat deze beslissing niet is gemotiveerd, terwijl het hem veel tijd heeft gekost om het verzoek te onderbouwen en de behandelend parodontoloog te benaderen voor het overleggen van het behandelplan en het invullen van voornoemd aanvraagformulier. Verder heeft verzoeker de moeite genomen meerdere e-mailberichten op te stellen en diverse telefoongesprekken te voeren.
- 4.7. Daarom heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar op 17 november 2011 opnieuw per e-mailbericht verzocht de onderhavige behandeling te vergoeden. Pas één maand later heeft de ziektekostenverzekeraar op dit verzoek gereageerd. De ziektekostenverzekeraar geeft als reden voor de afwijzing dat geen sprake is van een indicatie op grond waarvan aanspraak bestaat op vergoeding van de orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering, omdat de afwijking van het gebit van verzoeker in ernst niet vergelijkbaar is met schisis. Verzoeker meent dat indien alleen aanspraak bestaat op een orthodontische behandeling als sprake is van schisis, artikel 42 van de zorgverzekering "een wel heel eng toepassingsbereik [zou] hebben."
- 4.8. Naast vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling vordert verzoeker excuses voor de manier waarop de ziektekostenverzekeraar hem heeft bejegend.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Aanspraak op orthodontische zorg in bijzondere gevallen ten laste van de zorgverzekering bestaat, indien deze zorg noodzakelijk is én sprake is van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel dat zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verworven kan worden, gelijkwaardig aan de functie die er zou zijn als er geen aandoening was. In het geval van verzoeker betreft het geen indicatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Daarom voldoet verzoeker niet aan de voorwaarden, en bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten verbonden aan de orthodontische behandeling.
- 5.2. De klacht van verzoeker over de bereikbaarheid kan de ziektekostenverzekeraar niet plaatsen. De ziektekostenverzekeraar is bereikbaar via e-mail, telefonisch en schriftelijk. Hij reageert in de regel altijd op de aan hem toegestuurde correspondentie. Hiervoor wordt een beantwoordingstermijn van één maand aangehouden. Dit is ook bij verzoeker geschied.
- 5.3. De in deze zaak relevante correspondentie is altijd gestuurd naar het laatst bij de ziektekostenverzekeraar bekende woonadres. Achteraf bleek verzoeker te zijn verhuisd, zonder de ziektekostenverzekeraar hiervan in kennis te hebben gesteld. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker bij de commissie een ander adres heeft opgegeven dan bij de ziektekostenverzekeraar bekend is. Het in het GBA geregistreerde adres is leidend. Verzoeker heeft in het voorjaar van 2012 een adreswijziging doorgegeven. Dit gewijzigde adres komt echter niet overeen met hetgeen in het GBA is geregistreerd, daarom heeft de ziektekostenverzekeraar de adreswijziging niet kunnen verwerken. Verzoeker is hierover medio mei 2012 geïnformeerd, waarbij hem is geadviseerd de wijziging door te geven aan de gemeente, omdat de ziektekostenverzekeraar de gevraagde mutatie anders niet mag doorvoeren.
- 5.4. In de correspondentie heeft de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing altijd gemotiveerd op basis van de van toepassing zijnde polisvoorwaarden en toegelicht waarom hij de gevraagde vergoeding niet kan honoreren.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling verklaard dat hij zich conformeert aan het CVZ-advies.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 16 van de zorgverzekering en 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 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. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op de onderhavige orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverze-

kering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 42 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van orthodontie in bijzondere gevallen bestaat, en luidt:

“Wij vergoeden de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Voorwaarden

*- Wij vergoeden de kosten alleen als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-
stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze be-
handeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u ge-
had zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.*

*- De behandeling moet medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundi-
ge disciplines vereisen.*

*- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet
vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan. De aanvraag voor
toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.”*

8.3. Artikel 42 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.

8.5. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.6. Artikel 14.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op tandheelkundige hulp aan verzekerden van 18 jaar en ouder, en luidt, voor zover hier van belang:

“(...) vergoeding wordt verleend tot ten hoogste het op het polisblad vermelde bedrag per kalenderjaar. Vergoed worden de kosten van tandheelkundige hulp aan verzekerden van 18 jaar en ouder door een tandarts, parodontoloog of mondhygiëniste in Nederland krachtens de vastgestelde rechtsgeldige tarieven (UPT). Vergoed worden de kosten van de in rekening gebrachte eigen bijdragen op grond van de zorgverzekering. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Een orthodontische behandeling kan op grond van artikel 42 van de ‘aanspraken’ onder de dekking van de zorgverzekering vallen indien sprake is van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, dat de verzekerde zonder deze behandeling geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die hij/zij gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

9.2. Uit de toelichting op artikel 2.7 Bzv blijkt dat voor de inhoud en omvang van mond-zorg in de zorgverzekering aansluiting is gezocht bij de toenmalige Regeling Tandheelkundige hulp Ziekenfondsverzekering. De vroegere Ziekenfondsraad heeft een ‘indicatieve lijst’ opgesteld van gevallen waarin een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig is. Het CVZ heeft in zijn advies van 29 augustus 2012 geconcludeerd dat bij verzoeker geen sprake is van een afwijking die is vermeld op voornoemde lijst en dat verzoeker derhalve geen (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. De commissie maakt deze conclusie tot de haren. Voorts blijkt uit het door de behandelend parodontoloog ingevulde aanvraagformulier dat bij verzoeker geen kaakorthopedische voor- en nabehandeling en kaakchirurgische behandeling noodzakelijk is, zodat geen sprake is van medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op de gevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker aanspraak op maximaal € 700,-- voor tandheelkundige zorg, exclusief techniekkosten. Voor zover verzoeker deze maximale vergoeding voor tandheelkundige zorg in 2011 nog niet heeft bereikt, heeft hij aanspraak op vergoeding van de onderhavige behandeling tot het maximum van € 700,-- is bereikt.

Bejegening

9.4. Verzoeker vraagt tevens excuses van de ziektekostenverzekeraar voor de wijze waarop hij door deze is bejegend. Het betreft hierbij specifiek de bereikbaarheid, de afwikkeling van zijn klacht, en de onderbouwing van de afwijzing.

9.5. Verzoeker heeft zijn stelling over de bereikbaarheid van de ziektekostenverzekeraar niet nader onderbouwd. De commissie kan om die reden op dit punt niet nader ingaan.

- 9.6. Waar het gaat om de afwikkeling van zijn klacht doelt verzoeker – naar de commissie aanneemt – op het tijdsverloop tussen de aanvraag en het verzoek om heroverweging van verzoeker en de reacties hierop van de ziektekostenverzekeraar. De commissie is gebleken dat niet onredelijk veel tijd zit tussen de aanvraag onderscheidenlijk het verzoek van verzoeker en de respectieve reacties van de ziektekostenverzekeraar.
- 9.7. Ten aanzien van de onderbouwing van de bestreden beslissing en de heroverweging(en) overweegt de commissie als volgt. Op het bericht van vergoeding van 12 juli 2011 is vermeld dat de gedeclareerde kosten niet worden vergoed, omdat in het verzekeringspakket van verzoeker “voor deze kosten geen vergoeding [is] opgenomen”. In de brief van 7 november 2011 zijn de medische voorwaarden vermeld op grond waarvan aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering. Tevens is vermeld dat uit de beschikbare gegevens is gebleken dat verzoeker niet aan deze voorwaarden voldoet. In de heroverweging van 16 december 2011 is vermeld dat gebleken is dat bij verzoeker geen sprake is van een afwijking die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Dit vormt naar het oordeel van de commissie een voldoende onderbouwing voor de bestreden beslissing en heroverweging(en) in kwestie. De commissie deelt dan ook niet het standpunt van verzoeker in deze.

Conclusie

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

Zeist, 31 oktober 2012,

Voorzitter