



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Zorgverzekeraar UMC te Arnhem
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, orthodontie in combinatie met osteotomie
Zaaknummer : 201601001
Zittingsdatum : 23 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

N.V. Zorgverzekeraar UMC te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering UMC Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering UMC Extra Tand 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een orthodontische behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft tot gevolg gehad dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster alsnog heeft opgeroepen op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur. Dit heeft evenwel niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 11 juli 2016 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 31 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 26 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 21 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016110097) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor de aangevraagde behandeling. Orthodontische behandeling maakt geen deel uit van de te verzekeren prestatie krachtens de Zvw. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Daartoe moet sprake zijn van een zodanig ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel dat de verzekerde zonder de bijzondere tandheelkundige hulp geen tandheelkundige functie kan behouden, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad zonder de aandoening. Voor orthodontische hulp geldt krachtens artikel 30.2 van de polis de extra eis van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Het Zorginstituut licht vervolgens toe: *"Om houvast te hebben bij de beoordeling van aanvragen voor orthodontische hulp heeft het College Adviserend Tandartsen een indicatieve lijst opgesteld van aandoeningen waaraan in dit verband kan worden gedacht. Deze lijst is geaccordeerd door de toenmalige Ziekenfondsraad. Een van de 'seriously handicapping malocclusions' van deze lijst vermeldt een distorelatie (klasse II) met een overjet van meer dan 13 mm. De behandelend tandarts meldt in casu een overjet van 3 mm. Op de indicatieve lijst staat ook 'zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium'. De behandelend tandarts meldt in zijn aanvraag 'diepe beet (traumatisch)'. De verzekerde laat in de bovenkaak al orthodontische apparatuur plaatsen zonder dat de verzekeraar toestemming heeft gegeven. Pas een kleine twee maanden na plaatsing ziet de adviserend tandarts van de zorgverzekeraar de verzekerde op zijn spreekuur. De adviserend tandarts vindt geen traumatische palatumbeet, en geen aantoonbare schade aan het parodontium. Het is niet aannemelijk dat deze aandoeningen door de korte periode van dragen van de bovenapparatuur is verdwenen. Naar het oordeel van de tandheelkundig adviseur heeft de zorgverzekeraar in casu terecht vastgesteld dat geen verzekeringstechnische indicatie voor bijzondere orthodontische hulp aanwezig is."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 november 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 28 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 1 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend orthodontist heeft bij de ziektekostenverzekeraar, ten behoeve van verzoekster, een aanvraag ingediend voor een orthodontische behandeling. De orthodontist heeft bij het onderzoek vastgesteld dat bij verzoekster sprake is van:

"- klasse II/2 malocclusie
- overjet 3 mm
- overbite 3 mm
- retrusie van het bovenfront
- diepe beet (Traumatisch)
- 1/2 premolaarbreedte".

De behandelend orthodontist is daarom van oordeel dat alleen met een gecombineerde orthodontische/chirurgische behandeling tot een stabiele occlusie kan worden gekomen.

- 4.2. Verzoekster heeft een traumatische overbeet. Zij bijt met haar ondertanden in het pallatum, tot bloedens toe. Naast de pijn die hierdoor ontstaat, is verzoekster bang dat dit op enig moment zal leiden tot een ontsteking. Verzoekster heeft veel last van de overbeet. Het geeft problemen in haar dagelijks leven en haar nachtrust wordt hierdoor beperkt. Bovendien heeft verzoekster last heeft van hypertonie als gevolg van een in 2009 opgelopen niet-aangeboren hersenletsel (vier contusies en diffuse axonale letsels). Hierdoor staat altijd spanning op haar kaken en bijt zij ook 's nachts geforceerd dicht.

De behandelend orthodontist verklaart dat het probleem van verzoekster alleen kan worden verholpen door een kaakverlenging gecombineerd met een anderhalf jaar durend orthodontisch traject. Dit is bevestigd door de kaakchirurg. Beide zorgaanbieders hebben verzoekster verteld dat de hele behandeling voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden.

- 4.3. Verzoekster begint op 1 september 2017 met haar co-schappen. Zij zou graag de gehele behandeling op dat moment achter de rug willen hebben, maar in ieder geval wil zij dan hersteld zijn van de operatie. Gezien de hierdoor ontstane tijdsdruk heeft zij besloten om - ondanks dat de ziektekostenverzekeraar weigert de behandeling te vergoeden - alvast te beginnen met de orthodontische behandeling. Op 25 april 2016 is de beugel geplaatst.

- 4.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere keren verzocht om te worden opgeroepen op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur, omdat de mate van overbeet niet kan worden afgelezen van de gebitsmodellen. Dit is steeds afgewezen door de ziektekostenverzekeraar. Pas nadat de Ombudsman Zorgverzekeringen in de onderhavige kwestie had bemiddeld, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster opgeroepen op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur. Op dat moment had verzoekster al twee maanden een beugel, waardoor haar ondertanden haar verhemelte nèt niet meer raakten. Verzoekster heeft dit aan het begin van het spreekuur gemeld. De tandheelkundig adviseur heeft hierop geantwoord dat hij de situatie van dat moment ging bekijken. Verzoekster benadrukt dat ten tijde van het plaatsen van de beugel de ondertanden wél haar verhemelte raakten. Hierbij merkt zij op dat de ondertanden naar achteren zullen worden gekanteld door de onder nog te plaatsen beugel. Hierdoor zullen haar ondertanden haar verhemelte weer gaan raken en zullen opnieuw wondjes ontstaan. Verzoekster ziet hier erg tegen op, maar realiseert zich dat dit noodzakelijk zal zijn om in de toekomst te kunnen blijven genieten van haar gebit.

- 4.5. Op grond van artikel 2.7 Bzv moet voor het vergoeden van een orthodontisch traject worden voldaan aan een tweetal eisen. In een uitspraak van de commissie van 25 januari 2015 zijn deze als volgt omschreven: *"Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad. (...) U hebt alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings-*

of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is. (...)".

Verzoekster voldoet aan beide eisen. Voor het oplossen van haar problematiek is een bilaterale splijtingsosteotomie in combinatie met een orthodontisch traject door middel van een vaste beugel noodzakelijk. Dit komt voort uit het feit dat haar onderkaak onvoldoende is ontwikkeld. Dat de gecombineerde ingreep medisch noodzakelijk is, wordt door de ziektekostenverzekeraar niet betwist. De ziektekostenverzekeraar stelt daarentegen dat de tandheelkundige functie op dit moment wel voldoende is, en dat daarom geen verzekeringsindicatie bestaat voor de orthodontische behandeling. Verzoekster is het hier niet mee eens. Het staat onomstotelijk vast dat de aandoening die zij heeft alleen maar erger zal worden, en dat zij daarom nooit in staat zal zijn langdurig een goede mondgezondheid te behouden. Het "behouden" staat zeer duidelijk in het eerste deel van de wettekst en is dus gewoon geldig.

- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij naar de orthodontist is gegaan voor behandeling, omdat zij last had van haar verhemelte. Zij knarsetandt en heeft een harde beet. De orthodontist wilde alleen een beugel aanmeten als ook een kaakchirurgische behandeling zou plaatsvinden, namelijk een bilaterale splijtosteotomie. De kaakchirurg bevestigde dit standpunt. Momenteel is zij bezig met coschappen, en dit is te zwaar om te combineren met een dergelijke ingreep. Daarom is de aanvraag ruim op tijd ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hierop zou binnen twee weken worden beslist, maar de beslissing (een afwijzing) volgde uiteindelijk pas veel later. Er leek niet te zijn gekeken naar de aanvraag.
- Verzoekster heeft vervolgens de orthodontist en kaakchirurg gebeld, en een nieuwe aanvraag ingediend. De kaakchirurg bleek zelf al een aanvraag te hebben ingediend, en de ziektekostenverzekeraar had gezegd dat een vergoeding zou volgen. Dit bleek echter niet het geval te zijn.
- Verzoekster werd niet uitgenodigd op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur. Dit gebeurde pas nadat zij de kwestie had voorgelegd aan de SKGZ. Ten tijde van het spreekuur had zij de beugel al twee maanden in; de tandheelkundig adviseur heeft echter alleen gekeken naar de situatie op dat moment.
- Er is een indicatieve lijst, maar deze sluit andere indicaties niet uit. De kaakchirurg en de orthodontist zeggen beiden dat verzoekster aan de verzekeringsvoorwaarden voldoet. Verzoekster heeft klachten, maar de ziektekostenverzekeraar heeft niets voor haar gedaan en heeft de procedure onnodig verlengd.
- Verzoekster heeft benadrukt dat wel degelijk sprake was van gingivaal trauma. De mond herstelt snel, dus tijdens het spreekuur is dit door de tandheelkundig adviseur niet gezien.

- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De osteotomie (onderdeel van de gecombineerde behandeling) wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. De orthodontische behandeling komt daarentegen alleen ten laste van de zorgverzekering als sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Orthodontische hulp valt onder bijzondere tandheelkunde 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. Een (verzekerings)indicatie bestaat bij een zeer ernstige functionele afwijking die vergelijkbaar is met schisis.
- 5.2. Verzoekster is op 21 juni 2016 op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur geweest. Naar aanleiding van zijn bevindingen heeft de tandheelkundig adviseur geconcludeerd dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering, omdat geen afwijking aan de orde is die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Er is geen sprake van een zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma met aantoonbare parodontale schade. De incisale randen van het onderfront raken het palatum niet (er zit 2 mm ruimte tussen).

Volgens een andere tandheelkundig adviseur heeft de geplaatste vaste beugel op 21 juni 2016 geen effect op de beet van de onderkaak, zodat een eventuele traumatische palatumbet op 21 juni 2016 niet kan zijn opgeheven door de bovenbeugel.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor orthodontie ontvangen op 27 januari 2016. De eerste beslissing dateert van 26 februari 2016. Naar aanleiding van de klacht van verzoekster van 7 maart 2016 is op 20 april 2016 de heroverweging verstuurd. Op 25 april 2016 heeft verzoekster de bovenbeugel gekregen en de kwestie bij de Ombudsman Zorgverzekeringen ingediend. Op 21 juni 2016 vond het spreekuurbezoek plaats. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het misschien beter was geweest als hij verzoekster eerder voor het spreekuurbezoek had uitgenodigd. Hij acht de beslissingstermijnen echter niet buitensporig lang. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij niet heeft gezegd dat het feit dat de bovenbeugel al was geplaatst, geen probleem zou zijn voor het spreekuurbezoek.
- 5.4. Verzoekster heeft gesteld dat zij de ziektekostenverzekeraar meermaals heeft verzocht om te worden opgeroepen op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur. Volgens de gegevens van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster slechts éénmaal hierom verzocht, te weten bij e-mailbericht van 7 maart 2016.
- 5.5. Bij brief van 19 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat hij geen toestemming heeft verleend voor orthodontie ten laste van de zorgverzekering. De adviserend tandarts heeft echter mondeling verklaard, dat de orthodontie bij verzoekster wel onder de voorwaarden van de aanvullende verzekering UMC Extra Zorg 1 kan vallen. De ziektekostenverzekeraar volgt dit advies, en biedt aan alsnog 80 percent van de kosten van de orthodontie te vergoeden volgens de aanvullende verzekering UMC Extra Zorg 1.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat moet worden gekeken naar de aangevraagde behandeling in combinatie met de verzekeringsvoorwaarden. Alleen als er twijfels zijn over een juiste beoordeling wordt iemand opgeroepen op het spreekuur. In eerste instantie was de tandheelkundig adviseur van mening dat in het geval van verzoekster geen twijfel bestond. Tijdens het spreekuurbezoek dat later alsnog plaatsvond, had verzoekster de beugel al twee maanden in haar mond. Dit betekent echter niet dat de situatie al zodanig was verbeterd dat geen beoordeling zou kunnen plaatsvinden. Er was geen sprake van een overbeet van 13 mm dan wel een zeer diepe beet met gingivaal trauma. Er waren geen andere aspecten die tot een ander oordeel hebben geleid. Het Zorginstituut onderschrijft het standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- De ziektekostenverzekeraar bevestigt dat het geen limitatieve lijst is, maar er is wel een verschil tussen hetgeen de kaakchirurg heeft toegelicht en de indicatieve lijst met betrekking tot de overbeet. Daarnaast waren ook studiemodellen beschikbaar, en verzoekster is gezien, dus op grond van alle informatie heeft de ziektekostenverzekeraar toch kunnen concluderen dat bij verzoekster geen sprake was van een ernstige aandoening als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.
- Gevraagd naar de osteotomie bevestigt de ziektekostenverzekeraar dat deze wordt vergoed. Hiervoor hoeft geen toestemming te worden aangevraagd.
- Gevraagd naar de toezegging voor vergoeding van 80 percent van de kosten van orthodontie volgens de aanvullende verzekering UMC Extra Zorg 1, zoals vermeld in de brief van 19 augustus 2016, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoekster genoemde verzekering eigenlijk niet heeft. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat op de gedane toezegging niet zal worden teruggekomen. Echter, hij wacht de beslissing van de commissie af, en kijkt dan of volledig of voor 80 percent moet worden vergoed.
- 5.7. 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 10 van de zorgverzekering en 7 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 verzoekster aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 30.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkunde en orthodontische zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- 1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt. U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;*
- 2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
- 3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.*

*U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is.
(...)”*

8.4. Artikel 30.2 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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 2.31 Rzv.

8.6. 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.

8.7. In artikel 67 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de kosten van orthodontische zorg niet worden vergoed.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Vooropgesteld dient te worden dat de gecombineerde behandeling, bestaande uit een osteotomie en orthodontie, moet worden beschouwd als twee afzonderlijke verzekerde prestaties. Dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 29 december 2015 aan de behandelend kaakchirurg heeft medegedeeld dat voor de splijtingsosteotomie geen toestemming hoeft te worden aangevraagd, vormt derhalve geen reden de eveneens aangevraagde orthodontische behandeling reeds op die grond toe te wijzen.

9.2. Orthodontische zorg is een verzekerde prestatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde, indien een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Aldus is bepaald in artikel 30.2 van de zorgverzekering. Volgens de indicatieve lijst van het College Adviserend Tandartsen sprake dient te zijn van een zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium, om te kunnen spreken van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaak-mondstelsel. Hoewel verzoekster heeft verklaard dat vóór de start van de behandeling schade aan het palatum bestond als gevolg van een diepe beet, is door haar niet aannemelijk gemaakt dat bij haar op dat moment een indicatie als hier bedoeld aan de orde was. Daarnaast is bij verzoekster sprake van een overjet van 3 mm, terwijl volgens voornoemde indicatieve lijst een distorelatie (Klasse II) met een overjet van meer dan 13 mm dient te bestaan om te kunnen spreken van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaak-mondstelsel. Ook anderszins kan niet worden gesproken van een zodanige stoornis, zodat een (verzekerings)-indicatie voor bijzondere tandheelkunde, en daarmee voor orthodontische zorg, in de zin van artikel 30.2 van de zorgverzekering, ontbreekt. Tevens is niet gebleken van medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige. Het verzoek moet daarom worden afgewezen. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.3. In de aanvullende ziektekostenverzekering is orthodontische zorg expliciet uitgesloten van vergoeding, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 augustus 2016 toegezegd de kosten van orthodontie voor 80 percent te vergoeden ten laste van de aanvullende verzekering UMC Extra Zorg 1. Verzoekster heeft deze aanvullende verzekering echter niet afgesloten in 2016. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de commissie medegedeeld dat deze toezegging per abuis is gedaan, maar dat hij deze wél zal nakomen. De ziektekostenverzekeraar heeft deze

 toezegging ter zitting bevestigd. De commissie beslist daarom dat de ziektekostenverzekeraar voornoemde toezegging moet nakomen.

Conclusie

 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar de toezegging van 19 augustus 2016 gestand moet doen.

 9.6. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure alsnog een vergoeding heeft toegezegd, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar de toezegging van 19 augustus 2016 gestand moet doen.

 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

 Zeist, 14 december 2016,

 A.I.M. van Mierlo