



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A. beide te Tilburg

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, orthodontie

Zaaknummer : 201502394

Zittingsdatum : 22 juni 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (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 Jongeren 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 (verder: de aanspraak). Bij brief van 13 april 2015 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 26 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 14 maart 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 17 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 mei 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 19 en 30 mei 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 18 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 31 mei 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016061794) 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 (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 1 juni 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 5 juni 2016 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend orthodontist heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *"De diagnose dd. 25-03-2015 luidt namelijk: distorelatie, vergrote nasolabiale hoek, enkelzijdige distomolaarocclusie van 1pb, SOB 2mm / VOB 6mm en steil bovenfront, ALD bovenkaak 0mm / onderkaak + 16mm, agenesie 35, 37 en 45, prominente kin, dunne symphyse, 28 aanwezig. Er is, kortom, sprake van drie agenetische elementen (M3's buiten beschouwing gelaten), waarvan twee in hetzelfde kwadrant en derhalve voldoet de diagnose naar mijn mening volledig aan de indicatieve lijst."*
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat het feit dat de diagnose voorkomt op de 'indicatieve lijst' niet voldoende is, maar dat tevens sprake dient te zijn van een ernstig functieprobleem. Hoewel dit ten tijde van de aanvraag niet aan de orde was, zal een zodanig probleem zeker gaan ontstaan zodra verzoekster de melkkiezen verliest. Alsdan zal dit leiden tot ernstige objectieveerbare functiestoornissen.
- 4.3. Voorts stelt verzoekster dat een andere verzekerde, die is verzekerd bij een andere zorgverzekeraar, een soortgelijke behandeling wél vergoed heeft gekregen.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering komt als sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Orthodontische hulp valt onder bijzondere tandheelkunde ingeval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- 5.2. De vroegere Ziekenfondsraad heeft een 'indicatieve lijst' opgesteld van die gevallen waarin een (verzekerings)indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig is. Door de behandelend orthodontist is verwezen naar deze 'indicatieve lijst', waarbij is gesteld dat verzoekster voldoet aan een op deze lijst genoemde indicatie. In reactie op deze stelling voert de ziektekostenverzekeraar aan dat het feit dat een bepaalde aandoening op de 'indicatieve lijst' staat niet betekent dat zonder meer aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Uit de term 'indicatieve lijst' en de opmerking in de lijst dat deze is goedgekeurd "als ondersteuning voor de beoordeling" volgt reeds dat de lijst enkel richtlijnen geeft voor de beoordeling.

De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een eerdere uitspraak van de commissie (GcZ, 201401426, 23 september 2015) waarin is geoordeeld over de vraag of de indicatie die op de 'indicatieve lijst' staat vermeld zonder meer aanspraak geeft op de vergoeding van bijzondere tandheelkundige zorg. Uit de uitspraak volgt dat bij orthodontie getoetst moet worden of sprake is van (1) een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel en vervolgens (2) of deze afwijking ook een zeer ernstig functieprobleem geeft.

5.3. De tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier bestudeerd en heeft vastgesteld dat bij verzoekster sprake is van drie agenetische blijvende elementen in de onderkaak, twee in een kwadrant, terwijl de twee melkkiezen nog in situ zijn. Door zowel de behandelend orthodontist als verzoekster wordt geen ernstig functieprobleem omschreven als gevolg van deze agenetische elementen. Naar de eventuele aanwezigheid hiervan is, naast beoordeling van het dossier, ook gekeken naar de fysieke gebitsmodellen. Op grond van deze nadere beoordeling heeft de adviserend tandarts geconcludeerd dat als gevolg van de agenesis van twee elementen in een kwadrant geen sprake is van een ernstig occlusieprobleem; een ernstige malocclusie is niet aan de orde.

5.4. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat de behandeling alleen wordt uitgevoerd door een orthodontist. Van medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde is niet gebleken.

5.5. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding orthodontische behandelingen tot een maximum van € 350,-- voor de gehele verzekeringsduur. Aangezien dit bedrag reeds vóór de onderhavige behandeling is vergoed, bestaat geen recht op verdere vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 artikel A.22 van de zorgverzekering en 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in Hoofdstuk B van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.12. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg voor alle leeftijden bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen
Zorg: waar hebt u recht op?"*

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg in bijzondere gevallen is noodzakelijk omdat:

* u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt; en

* u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en

* u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

(...)

B.12.3. Orthodontie

Zorg: waar hebt u recht op?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

* u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in artikel B.12.1.; en

* sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

(...)"

- 8.4. Artikel B.12 van de zorgverzekering is volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en nader 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. Artikel D.8.5. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op orthodontie en luidt, voor zover hier van belang:

 "D.8.5. Orthodontie (gebitsregulatie)
 Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.
 Zorg: waar hebt u recht op?
 Wij vergoeden orthodontie, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.
 (...)"
- 8.8. In het Vergoedingen Overzicht 2015 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de vergoeding voor orthodontie maximaal € 350,-- voor de totale looptijd van de verzekering bedraagt.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Een orthodontische behandeling kan op grond van artikel B.12 van de zorgverzekering onder de dekking vallen indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde, waarbij tevens medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige zorg nodig is. Blijkens voornoemde bepaling in de zorgverzekering is een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig ingeval van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel.
- 9.2. Uit de toelichting op artikel 2.7 Bzv, welke bepaling ten grondslag ligt aan artikel B.12 van de zorgverzekering, blijkt dat voor de inhoud en omvang van mondzorg in de zorgverzekering aansluiting is gezocht bij de toenmalige Regeling Tandheelkundige hulp Ziekenfondsverzekering. De vroegere Ziekenfondsraad heeft een 'indicatieve lijst' opgesteld van die gevallen waarin een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig is. Hoewel tussen partijen niet ter discussie staat dat bij verzoekster een situatie aan de orde is die voorkomt op deze lijst (namelijk "oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren") meent de ziektekostenverzekeraar dat indien een situatie voorkomt op de 'indicatieve lijst' dit niet zonder meer betekent dat aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering omdat daarnaast de afwijking een ernstig functieprobleem moet opleveren. Hiervan is in casu niet gebleken. Volgens de tandheelkundig adviseur is de lijst indicatief.
- 9.3. De commissie onderschrijft de stelling dat bedoelde lijst indicatief is, maar verbindt hieraan niet de conclusie dat op de lijst vermelde indicaties zo maar kunnen worden gepasseerd. Het feit dat een indicatie op de lijst voorkomt vormt een aanwijzing dat een behandeling in het kader van de bijzondere tandheelkunde - als aan de wettelijke eisen is voldaan - aan de orde zou kunnen zijn. Het vóórkomen van een indicatie op de lijst betekent anderzijds niet dat automatisch aanspraak bestaat. Daartoe is namelijk vereist dat de aandoening van het tand-kaak-mondstelsel leidt tot een ernstig functieprobleem. Of hiervan in het onderhavige geval sprake is kan in het midden blijven, aangezien voorts de eis geldt van medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige zorg. Aangezien in dit geval enkel een orthodontist bij de behandeling is betrokken, kan niet worden gesproken van een multidisciplinaire benadering. Weliswaar vermeldt de behandelend orthodontist in zijn brief van 14 maart 2016 dat sprake is van (mede)behandeling door een MKA-chirurg, maar verdere gegevens hierover zijn niet overgelegd zodat niet is komen vast te staan dat de behandeling ziet op de zelfde indicatie. Reeds om die reden heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de orthodontische zorg, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van orthodontische behandelingen tot een maximum van € 350,-- voor de gehele verzekeringsduur. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat verzoekster reeds vóór de onderhavige behandeling de maximale vergoeding had bereikt. Aangezien verzoekster deze stelling niet heeft weersproken, heeft zij op basis van de verzekeringsvoorwaarden geen aanspraak op verdere vergoeding.

Vergoeding door andere zorgverzekeraar

- 9.5. Door verzoekster is nog aangevoerd dat een andere bij naam genoemde zorgverzekeraar in een soortgelijke situatie wél een vergoeding heeft verleend. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie dat zorgverzekeraars op basis van de polisvoorwaarden dienen te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan



hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoekster op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

Conclusie



9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juni 2016,



A.I.M. van Mierlo