

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van E vs
C en F beide te D
Zaak : Mondzorg, tandheekkundige zorg, orthodontie
Zaaknummer : 2009.00481
Zittingsdatum : 7 oktober 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van E, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) C en

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

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 14 oktober 2008 geen toestemming te verlenen voor een orthodontische behandeling ten behoeve van verzekerde.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Naturapolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top en Uitgebreide tandarts afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Door verzoeker is in de procedure op de aanvullende ziektekostenverzekering geen beroep gedaan, reden dat deze in het vervolg buiten beschouwing blijven. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend orthodontist heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "Wisseldentitie in de 2^e wisselfase met klasse II, 1 anomalie; 1 pb distaal occlusie; saggitale overbeet 14 mm; verticale overbeet 9 mm; crowding boven- en onderfront; diepe traumatische beet". Hij heeft voorts naar aanleiding van de gestelde diagnose ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van "orthodontisch deel: uitneembare apparatuur gevolgd door vaste apparatuur, eventueel kaakchirurgisch deel: saggitale ramus osteotomie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen. Nadat aanvullende informatie was verstrekt, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 11 november 2008 medegedeeld dat deze informatie niet tot een andere uitkomst leidt.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 14 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medege-

deelt zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 2 juni 2009 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 (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 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 14 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juli 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 15 juli 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 17 augustus 2008 heeft het CVZ (zaaknummer 29077690) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen omdat verzekerde geen indicatie heeft voor de aanspraak. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 20 oktober 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de daarna ingebrachte stukken gezonden met het verzoek mede te delen of een en ander aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 5 november 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag en de daarna ingebrachte stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd. Een afschrift van deze brief is op 9 november 2009 ter kennisname aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzekerde, gezien de overbeet, behoort tot de extreme gevallen, waarbij recht bestaat op volledige vergoeding in het kader van de Zvw. Zulks is hem ook bevestigd door de behandelend orthodontist. Laatstgenoemde doet in zijn brief van 30 oktober 2008 in dat verband een beroep op de indicatieve lijst. De beoordeling van de aanvraag heeft plaatsgevonden door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar, en niet door een orthodontist.

- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Bij verzekerde is sprake van een klasse 2-relatie, een overbeet en een diepe traumatische beet. Volgens de indicatieve lijst is er een indicatie bij een overbeet van meer dan 13 mm en een overbeet met palatinaal trauma. Er wordt weliswaar gesproken over een multidisciplinaire benadering, maar daaraan is het woord “veelal” toegevoegd. Een multidisciplinaire benadering is dus niet per definitie noodzakelijk. Voorts stelt verzoeker dat de behandelindicatie duidelijk is. Ten aanzien van de verzekeringsindicatie geldt dat op de website van de ziektekostenverzekeraar wordt gesproken over malocclusies. Daarvan is in de situatie van verzekerde sprake. Bovendien zijn sommige vormen van schisis eenvoudiger te behandelen dan een overbeet.
- 4.3. Verzoeker 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat behandeling met functionele apparatuur is aangewezen. Het behandelplan voorziet daar ook in. Of te zijner tijd inderdaad een osteotomie noodzakelijk is, is de vraag. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de afwijking van verzekerde naar de aard en gelet op haar leeftijd niet vergelijkbaar met schisis, en is de lijst van afwijkingen niet meer dan indicatief. Dit laatste blijkt uit de toelichting door de toenmalige Ziekenfondsraad, bij schrijven van 22 september 1995. De adviserend tandartsen van de ziektekostenverzekeraar zijn gerechtigd de tandheelkunde en daarmee ook de orthodontie in volle omvang uit te oefenen.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat onderscheid moet worden gemaakt tussen een behandelindicatie en een verzekeringsindicatie. Orthodontie valt alleen in uitzonderlijke gevallen onder de zorgverzekering. Het gaat dan om schisis of afwijkingen die daarmee qua ernst vergelijkbaar zijn. Volgens de eigen tandheelkundig adviseur en de adviseur van het CVZ ontbreekt een verzekeringsindicatie. Er is blijkbaar wel een behandelindicatie. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is een gedeeltelijke vergoeding mogelijk. Uit de indicatieve lijst blijkt dat het hebben van een overbeet van 13 mm niet zonder meer aanspraak geeft op de vergoeding van orthodontie. Het is echter een indicatie, die in bepaalde gevallen interdisciplinair moet worden behandeld. Van interdisciplinaire behandeling is echter geen sprake, omdat deze enkel nodig zou zijn wanneer verzekerde de volwassen leeftijd al had bereikt.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag 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 bindend advies uit te brengen.
7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de aanspraak terecht is afgewezen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 39 van de zorgverzekering.
- Artikel 31 van de “algemene voorwaarden” van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 31 Mondzorg

lid 1

Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- a. *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 zou hebben 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 31 van de “algemene voorwaarden” van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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 verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Om voor vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde in aanmerking te komen geldt, blijkens de toepasselijke bepaling in de zorgverzekering, de eis dat sprake dient te zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. In de nota van toelichting op het onderliggende Bzv is uiteengezet in welke gevallen een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig is. In dit verband worden met name oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen genoemd. De orthodontische hulp als omschreven in artikel 31 lid 3 van de zorgverzekering wordt tot de bijzondere tandheelkunde gerekend. Volgens de nota van toelichting op artikel 2.7 Bzv gaat het in dit verband om “ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking dan wel vergelijkbare zeer ernstige afwijkingen”. In dat verband moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

- 7.7. In de situatie van verzekerde is door de behandelend orthodontist verwezen naar de indicatieve lijst. De ziektekostenverzekeraar heeft terecht erop gewezen dat bedoelde lijst niet meer of minder is dan een houvast bij de beoordeling van aanvragen door de adviserend tandarts. Zoals uit de brief van de toenmalige Ziekenfondsraad blijkt, is ten aanzien van de in voormelde lijst opgenomen malocclusies enige voorzichtigheid geboden. Grenzen worden gesteld in millimeters overjet, maar ook worden hier open termen als 'aantoonbare asymmetrie' en 'aantoonbare schade' gebezigd. Volgens de Ziekenfondsraad kan het niet zo zijn dat alleen het voldoen aan de omschrijving aanspraak geeft; ook moet sprake zijn van ernstige objectieveerbare functiestoornissen, waarbij veelal van interdisciplinaire behandeling sprake is. De lijst is niet bedoeld als 'oprekking' van de aanspraken.
- 7.8. Verzekerde is geboren op 2 september 1998. Gezien haar leeftijd en hetgeen hiervoor is opgemerkt, concludeert de commissie dat in dit verband niet kan worden gesproken van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde respectievelijk een orthodontische behandeling. Zoals ook uit de stukken blijkt, kan de overbeet worden gecorrigeerd met een 'activator'. Op volwassen leeftijd is een en ander moeilijker, zodat een overbeet van meer dan 13 mm in dat geval wel een indicatie zou kunnen opleveren. Het ontbreken van deze verzekeringsindicatie betekent overigens niet dat wordt getwijfeld aan de (medische) noodzaak van behandeling. Tussen partijen staat niet ter discussie dat de behandeling met functionele apparatuur is aangewezen. De daarmee gemoeide kosten blijven evenwel – voor zover niet gedekt door de aanvullende ziektekostenverzekering – voor eigen rekening.
- 7.9. Met betrekking tot de stelling van de behandelend orthodontist dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de bijzondere tandheelkunde naar de indicatieve lijst verwijst, waaruit is op te maken dat bij malocclusies een indicatie bestaat voor bijzondere tandheelkundige zorg die ten laste van de zorgverzekering komt, merkt de commissie het volgende op. Door middel van de door de orthodontist opgegeven zoektermen komt men via de website van de ziektekostenverzekeraar bij het 'Vademecum basispakket'. Genoemd document is een uitgave van de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), het College Adviserend Tandartsen (CAT), Werkgroep Bijzondere Zorggroepen NMT en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Op de website van de ziektekostenverzekeraar staat de volgende tekst met betrekking tot dit document:
- "Aanspraak op vergoeding vanuit de basisverzekering en AWBZ zijn divers binnen de mond-zorg. Het [Vademecum basispakket Tandheelkunde en AWBZ](#) (pdf) biedt inzicht hierin door informatie te geven over regelingen die voortvloeien uit de Zorgverzekeringswet en AWBZ."*
- Uit het document en de tekst op de website van de ziektekostenverzekeraar is naar het oordeel van de commissie niet op te maken dat de indicatieve lijst in die zin bindend is, dat indien is voldaan aan het vereiste van malocclusie en/of een overbeet van 13 mm of meer, zonder meer een indicatie bestaat voor bijzondere tandheelkunde of orthodontische zorg ten laste van de zorgverzekering.
- 7.10. Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde beoordeling, merkt de commissie nog op dat daarbij een tweetal tandartsen betrokken is geweest. Deze tandartsen zijn volgens verklaring van de ziektekostenverzekeraar BIG-geregistreerd en als zodanig bevoegd de tandheelkunde (inclusief orthodontie) in volle omvang uit te oefenen.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 november 2009,

Voorzitter