

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Mondzorg, osteotomie, orthodontie
Zaaknummer : 2011.01143
Zittingsdatum : 14 september 2011

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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D 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 basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Uitgebreide Aanvullende Verzekering en het Tand Beter Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van een osteotomie en een orthodontische behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak, voor zover die betreft de orthodontische behandeling is afgewezen, en dat de osteotomie voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 maart 2011, zijnde een schriftelijke bevestiging van een telefoongesprek, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 9 mei 2011 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).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 juli 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 juli 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 september 2011 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 6 juli 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011071616) 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 verzoekster geen sprake is van een traumatische palatumbeet, en dat de sagittale overbeet 10 millimeter bedraagt. Verzoekster is hiermee niet geïndiceerd voor orthodontische zorg. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 24 augustus 2011 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 september 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 15 september 2011 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 20 september 2011 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 verzoekster

- 4.1. De behandelend orthodontist heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *“disto-occlusie met retrusie 11-21, kronen 11-21 die staan onder hoek met radix, 15 geleden standcorrectie 11-21 door opbouw en kronen, nu langzamerhand veranderd naar huidige situatie”*, en de volgende behandeling voorgesteld: *“vaste apparatuur bovenkaak, vaste apparatuur onderkaak, osteotomie, retentie (essix-spalk), tandheelkundige nazorg, interdisciplinaire behandeling: chirurgische orthodontie”*.
- 4.2. Verzoekster stelt dat sprake is van een diepe beet, die in de toekomst zal leiden tot gebitsverlies in de bovenkaak. Haar behandelend chirurg heeft haar medegedeeld dat haar tanden eruit kunnen worden gebeten en dat deze zullen afslijten door de

verkeerde stand van de kaken. De osteotomie én de orthodontische behandeling zijn voor verzoekster noodzakelijk om haar tandheelkundige functie te behouden. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar daarom dient over te gaan tot volledige vergoeding van de gecombineerde behandeling, en niet enkel tot vergoeding van de osteotomie.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij heeft gevraagd of de kosten van de tandheelkundige zorg werden vergoed. Het antwoord luidde bevestigend. De tandheelkundige zorg moest er dan wel voor dienen om de tandheelkundige functie te behouden. Verzoekster stelt dat later de eis is gesteld dat sprake dient te zijn van een overbeet van 13 mm of meer.

- 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 de osteotomie (onderdeel van de gecombineerde behandeling) wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster is verschenen op het spreekuur van de adviserend tandarts. Geconstateerd is dat bij verzoekster geen sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, een ernstige groei-stoornis, of een verworven afwijking van het tand-, kaak-, of mondstelsel, zodat zonder de gevraagde zorg geen tandheelkundige functie behouden of verworven kan worden, gelijkwaardig aan die welke zij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. De ziektekostenverzekeraar stelt dat, aangezien verzoekster geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde, geen aanspraak bestaat op orthodontie. De gecombineerde behandeling komt derhalve niet voor volledige vergoeding in aanmerking.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet is te achterhalen wat er precies is besproken tijdens het telefoongesprek met verzoekster. Voor de onderhavige tandheelkundige zorg moest een aanvraag worden ingediend. Dit kan niet telefonisch worden beoordeeld, en telefonisch worden dan ook geen nadere criteria als vermeld op de indicatieve lijst genoemd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het vereiste van een overbeet van 13 mm of meer voortvloeit uit een richtlijn die is opgesteld door adviserend tandartsen. Deze richtlijn wordt ondersteund door het CVZ.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekosten-

verzekering.

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 gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering. Artikel 27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Artikel 27. Tandheelkundige zorg

(...)

27.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving:

U hebt recht op zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- 1. als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die die u zou hebben gehad als de aan-doening zich niet zou hebben voorgedaan. U hebt ook recht op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Dit recht hebt u alleen als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak;*

(...)

Orthodontische hulp is alleen begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1 tot en met 3, als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Door:

tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts-implantoloog, orthodontist met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring of kaakchirurg.

(...)

Verwijzing door:

tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

8.3. Artikel 27 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. 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.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 55 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op orthodontische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 55. Orthodontische zorg

(...)

55.2. Voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving:

orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts of orthodontist

(...)

Tand Beter Pakket

80% tot maximaal € 500 voor de hele looptijd van de verzekering

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Voorop gesteld dient te worden dat de gecombineerde behandeling, bestaande uit een osteotomie en orthodontie, moet worden beschouwd als twee afzonderlijke verzekerde prestaties. De commissie zal deze prestaties dan ook afzonderlijk beoordelen.
- 9.2. Orthodontische zorg is een verzekerde prestatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde, doch slechts in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Bij verzoekster is onder andere sprake van disto-occlusie met retrusie. Van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel kan evenwel niet worden gesproken, zodat een indicatie voor orthodontische zorg in de zin van artikel 27 van de zorgverzekering ontbreekt, en het verzoek op dit onderdeel dan ook moet worden afgewezen.
- 9.3. Ook indien een indicatie voor orthodontie ontbreekt, kan een osteotomie een verzekerde prestatie vormen in het kader van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, met name als sprake is van een ernstige skelettale aandoening. Aangezien de ziektekostenverzekeraar hiervoor een machtiging heeft afgegeven, behoeft de aanvraag voor de osteotomie geen verdere bespreking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt vergoeding voor de kosten van orthodontische zorg voor 80% tot maximaal € 500,-- voor de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde is dat de zorg wordt verleend door een tandarts of orthodontist. In het geval van verzoekster is hiervan sprake, zodat zij voor de orthodontische behandeling recht heeft op een vergoeding van maximaal € 500,-- voor de gehele verzekeringsduur. Deze vergoeding vormt geen onderwerp van geschil. Indien verzoekster dit bedrag nog niet of slechts ten dele uitbetaald heeft gekregen, kan zij nog aanspraak maken op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, ter hoogte van het eventueel resterende bedrag.

Conclusie

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

Zeist, 28 september 2011,

Voorzitter