



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Mondzorg, orthodontie in verband met OSAS
Zaaknummer : 201502261
Zittingsdatum : 8 juni 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(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: verzoeker,
tegen

1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Module Gezichtsorg en orthodontie en Module Tand tot € 250,-- afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een gecombineerde kaakchirurgische en orthodontische behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak, voor zover het de orthodontische behandeling betreft, wordt afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 19 februari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 18 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 maart 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 5 april en 24 mei 2016 schriftelijk medegedeeld 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 29 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 7 april 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016038308) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor de gevraagde behandeling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 18 mei 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 9 juni 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 17 juni 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 verzoeker
-  4.1. De behandelend orthodontist heeft met betrekking tot verzoeker het volgende verklaard: *"Patiënt is bij mij voor het eerst gezien op 17 november 2014. Na uitgebreid onderzoek kwam ik tot de volgende diagnose: convex profiel, retrognatie van de mandibula, Klasse II / 1 malocclusie, 1 premolaarbreedte disto rechts, 3/4 premolaarbreedte disto links, overjet 6 mm, crowding bovenkaak 2 mm, crowding onderkaak 3 mm, ernstige OSAS (slaapapneu AHI 38), onregelmatigheid restauratie 36 distaal en 18, 28 en 38 aanwezig. (...)"*
-  4.2. In aanvulling op hetgeen de orthodontist heeft verklaard, stelt verzoeker dat hij last heeft van zware apneu. Verzoeker is al behandeld met een CPAP-apparaat en een MRA-beugel maar deze hulpmiddelen hadden niet het gewenste resultaat. Eind 2014 is van verzoekers keel een MRI-scan gemaakt en hieruit bleek dat de luchtwegopening slechts 6 mm is waar het bij een normaal persoon 20 mm is. In vervolg op deze scan is verzoeker een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling voorgesteld.
-  4.3. Verzoeker stelt het vreemd te vinden dat de aangevraagde kaakchirurgische behandeling, bestaande uit een osteotomie, wel door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed en de orthodontische behandeling niet. Hij heeft het gevoel dat de ziektekostenverzekeraar zich verschuilt achter de wet- en regelgeving om deze laatste behandeling maar niet te hoeven vergoeden. Verzoeker meent dat deze houding niet verstandig is omdat, indien de gecombineerde kaakchirurgische en orthodontische behandeling geen doorgang vindt, de kosten voor de ziektekostenverzekeraar in de toekomst hoger zullen zijn. Daarbij moet worden gedacht aan hartfalen, onderzoeken, medicijnen etc.. Hier komt bij dat verzoeker van de Stichting MSF (defensie-orgaan ter ondersteuning van personen met dergelijke problemen) wél een vergoeding van 50 percent van de kosten van orthodontie heeft gekregen.

 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald.

4.5. 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 dat hij bij een aanvraag voor een gecombineerde kaakchirurgische en orthodontische behandeling volgens het Bzv beide behandelingen apart moet toetsen. Voor een osteotomie gelden andere (verzekerings)indicaties dan voor een orthodontische behandeling. Voor de eveneens aangevraagde osteotomie heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring afgegeven op basis waarvan de kosten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Een 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-kaakmondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

 5.2. De vroegere Ziekenfondsraad - een rechtsvoorganger van het Zorginstituut - heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van die gevallen waarin een (verzekerings)indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig is. Verschillende keren hebben adviserend tandartsen aan het Zorginstituut gevraagd of voor slaapapneu een uitzondering geldt. Telkens heeft het Zorginstituut medegedeeld dat dit niet het geval is en dat door de adviserend tandartsen dient te worden getoetst aan de 'indicatieve lijst'.

 5.3. De tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar stelt vast dat uit de digitale mondfoto's, gebitsmodellen en de röntgeninformatie niet blijkt dat verzoeker voldoet aan één van de criteria van de 'indicatieve lijst'. Een zeer ernstige afwijking van het tand-kaak-mondstelsel is niet aan de orde.

 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald.

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

 6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, welke bepaling ook van toepassing is op 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 6 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen bestaat, en luidt:

"Artikel 6 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u aanspraak op deze behandeling.

Voorwaarden voor aanspraak

1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.

3 Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.

4 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan en kostenbegroting meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. (...)"

- 8.4. Artikel 6 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' 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. Op grond van artikel 13 lid 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een eenmalige vergoeding van maximaal € 350,- voor orthodontische hulp.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische en de orthodontische behandeling. Het betreft twee verschillende verzekerde prestaties, die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld. Ten aanzien van de osteotomie geldt dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de kosten van deze ingreep te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

- 
- 9.2. Een orthodontische behandeling kan op grond van artikel 6 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering onder de dekking vallen indien sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de verzekerde zonder de gevraagde behandeling geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Daarbij moet mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.
- 
- 9.3. Verzoeker wenst de orthodontische behandeling te ondergaan in verband met de indicatie slaapapneu (OSAS). Bij OSAS is sprake van ademstilstanden tijdens het slapen. Dit is geen tandheelkundige aandoening. De indicatie OSAS geeft dan ook geen aanspraak op orthodontie ten laste van de zorgverzekering.
- 
- 9.4. Gelet op de Nota van toelichting bij het Bzv is de aanspraak op orthodontie beperkt tot de tandheelkundige aandoeningen waarop de bijzondere tandheelkunde betrekking heeft. Het gaat daarbij om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking dan wel een vergelijkbare zeer ernstige afwijking.
Bij verzoeker is volgens de orthodontist sprake van een Klasse II /1 malocclusie zonder traumatische palatumbeet, een overjet van 6 mm met een iets terug liggende onderkaak, en (zeer) lichte crowding in de boven- en onderkaak. Deze situatie is niet in ernst vergelijkbaar met schisis, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op een eenmalige vergoeding van maximaal € 350,- voor orthodontische kosten. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot een hogere vergoeding.

Kostenbesparing

- 
- 9.6. Verzoeker heeft nog gesteld dat indien de gecombineerde kaakchirurgische en orthodontische behandeling geen doorgang vindt, de kosten voor de ziektekostenverzekeraar in de toekomst hoger zullen zijn. Daarbij moet volgens hem worden gedacht aan hartfalen, onderzoeken, medicijnen etc.. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat bij de beoordeling van een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering, enkel een rol speelt of de betreffende zorg onder de dekking valt, zoals omschreven in de voorwaarden. Voor substitutie van zorg, in die zin dat zorg wordt vergoed die niet is gedekt, is onder de huidige regelgeving geen mogelijkheid opgenomen.

Conclusie

- 
- 9.7. 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,

P.J.J. Vonk