

ANONIEM BINDEND ADVIES

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202400479

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 5 juni 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 14 juni 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 2 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 augustus 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster heeft op 18 augustus 2024 haar pleitnota naar de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 19 augustus 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Bij brief van 10 september 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024030376) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 september 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 oktober 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting, en de pleitnota's die verzoekster op 18 augustus 2024 en 2 oktober 2024 heeft gestuurd, zijn op 8 oktober 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 10 september 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 oktober 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van het definitieve advies is op 28 oktober 2024 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gehad binnen drie

weken hierop te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 29 oktober 2024 gereageerd. Een kopie hiervan is op 27 november 2024 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorgverzekering Basis Plus (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Spieren & Gewrichten (350,-), Tand (750,-) en Zorg in het buitenland Wereld (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft in april 2023 een ongeval gehad, waardoor zij schade aan haar gebit heeft opgelopen. Destijds is zij geopereerd, waarbij één breuk met plaatjes is vastgezet. De twee andere breuken zijn conservatief behandeld. Aangezien haar kaak niet goed is hersteld, was een vervolgbehandeling nodig. De behandelend chirurg heeft verzoekster daartoe twee opties gegeven: een tweede operatie of een beoordeling door een orthodontist. Verzoekster heeft gekozen voor de tweede optie. De orthodontist heeft haar situatie beoordeeld en een orthodontische behandeling voorgesteld. Verzoekster heeft vervolgens gekozen voor een behandeling met behulp van een Invisalign beugel. De behandelend orthodontist heeft op 21 november 2023 ten behoeve van verzoekster een aanvraag hiervoor ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens aanvullende informatie opgevraagd bij de behandelend orthodontist. Naar aanleiding van de ontvangen informatie heeft de ziektekostenverzekeraar aan de behandelend orthodontist meegedeeld dat de aanvraag is "vervallen". Hierbij is toegelicht dat aanspraak bestaat op orthodontie ten laste van de zorgverzekering, maar dat een beugel uit categorie 7 in de verzekeringsvoorwaarden is uitgesloten van vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft de behandelend orthodontist tegen die achtergrond om een begroting voor een beugel uit categorie 6 verzocht. De behandelend orthodontist heeft vervolgens op 19 december 2023 een nieuwe aanvraag ingediend. Hierbij heeft hij gevraagd of het mogelijk is een categorie 7 beugel aan te vragen met de techniekkosten van een categorie 6 beugel, zodat verzoekster de vrijheid heeft te kiezen voor de behandeling van haar voorkeur. De ziektekostenverzekeraar heeft de behandelend orthodontist op 22 december 2023 meegedeeld dat dit voorstel is afgewezen.
- 2.4. Bij brief van 24 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de orthodontische behandeling met een categorie 7 beugel niet wordt vergoed ten laste van de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd, waarbij zij erop heeft gewezen dat zij geen verzekering met ongevallendeckking heeft afgesloten en dat de kosten ten laste van de zorgverzekering zouden moeten worden vergoed. Bij brief van 14 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 10 september 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 22 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar de kosten van de Invisalign beugel moet vergoeden tot het bedrag van een categorie 6 beugel, onder aftrek van het verschuldigde eigen risico.
- 3.2. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 3 december 2023 aangevoerd dat zij heeft gekozen voor een orthodontische behandeling, omdat zij anders een tweede operatie zou moeten ondergaan waarbij haar kaak opnieuw zou moeten worden gebroken. Zij heeft met de behandelend orthodontist de verschillende opties besproken en uiteindelijk gekozen voor de Invisalign beugel (categorie 7), omdat deze goed is schoon te houden. Een zogenoemde blokjesbeugel (categorie 6) is weliswaar goedkoper, maar verzoekster geeft de voorkeur aan een goed behoud van haar gebit. Zij heeft verschillende keren telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van een beugel. Hierbij is niet gesproken over het soort beugel. Tijdens de gesprekken heeft de ziektekostenverzekeraar haar wel verteld dat een beugel uit categorie 6 voor vergoeding in aanmerking komt, en dat het verschil in kosten voor eigen rekening blijft. Vervolgens heeft de behandelend orthodontist bij aanvang van de behandeling een machtiging aangevraagd ten behoeve van verzoekster. Deze aanvraag is echter afgewezen door de ziektekostenverzekeraar, omdat het een aanvraag betrof voor een beugel uit categorie 7. Verzoekster heeft daarom weer telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In dit gesprek werd haar verteld dat een beugel uit categorie 7 niet voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoekster vindt het ongelooflijk dat de ziektekostenverzekeraar niet kijkt naar de mens achter het verhaal. Zij neemt het hem kwalijk dat hij haar niet goed heeft geïnformeerd tijdens de eerdere telefonische contacten.
- 3.3. In het verzoek om heroverweging van 30 januari 2024 merkt verzoekster op dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag heeft afgewezen op grond van artikel F.3.1 'tandheelkundige zorg na een ongeval' van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit heeft haar verbaasd, omdat zij in 2023 deze module niet had afgesloten en zij zich hierop niet had beroepen. Verzoekster stelt dat haar eerder door zowel de ziektekostenverzekeraar als het ziekenhuis is verteld dat de orthodontische behandeling een vervolg is op de ziekenhuisbehandeling. Deze moet voor haar tot volledig herstel leiden. De aanvraag was dan ook bedoeld voor een machtiging ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster benadrukt dat het gaat om noodzakelijk zorg om te herstellen van het ongeval. Zij had zich ook kunnen laten opereren en dan had de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering moeten vergoeden.
- 3.4. In het klachtenformulier van 26 februari 2024 heeft verzoekster nogmaals benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar haar vooraf onvoldoende heeft geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft haar namelijk nooit verteld dat zij de kosten van een beugel alleen vergoed krijgt bij een beugel uit categorie 6. Nu zij heeft gekozen voor een beugel uit categorie 7 krijgt zij niets vergoed. Zij had verwacht dat zij de kosten in ieder geval vergoed zou krijgen tot het bedrag dat voor een beugel uit categorie 6 wordt vergoed. Een beugel uit categorie 6 kost ongeveer € 2.500,- en die uit categorie 7 meer dan € 4.000,-. Zij nam op grond van de telefonisch verstrekte informatie aan dat het goed zou komen.
- 3.5. In de brief van 5 juni 2024, gericht aan de commissie, heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij - toen zij de keuze maakte voor de Invisalign beugel - niet kon vermoeden dat in de polisvoorwaarden onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende soorten beugels. Zij heeft de beugel gekozen die het best aansloot bij haar situatie. Verzoekster merkt hierbij op dat destijds voor haar een beugel een beugel was. De ziektekostenverzekeraar heeft haar tijdens de telefoongesprekken niet specifiek gevraagd of het om een Invisalign beugel ging, terwijl aligners net zo gangbaar zijn als andere beugels. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat voorafgaand een machtiging moet worden aangevraagd en dat verzoekster hierin in gebreke is gebleven. Verzoekster wijst erop dat uit de telefoonnotities blijkt dat de ziektekostenverzekeraar haar heeft gezegd dat zij voor toestemming zelf niets hoeft te doen, omdat dit wordt geregeld door de orthodontist. Zij heeft deze instructies opgevolgd.

- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de polisvoorwaarden 142 pagina's beslaan. Slechts 8 regels hiervan hebben betrekking op haar situatie. Zij ziet het daarom als een zeer verwijtbaar nalaten van de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar dat niet deze 8 regels met haar zijn doorgenomen. Volgens verzoekster valt onder de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar dat de klant voldoende informatie over de dekking en uitsluitingen dient te krijgen om een weloverwogen beslissing te maken. Als zij de juiste informatie had gekregen, had zij een andere keuze gemaakt.
- Verder heeft verzoekster verteld dat na het ongeval de breuk van de kaakkopjes conservatief is behandeld, omdat dit niet operatief kan. Hiervoor zijn 8 schroeven geplaatst en heeft zij 8 weken haar kaken dicht gehad met elastiek. Hierdoor zouden de gebroken delen moeten helen. De andere breuk in de kaak was wel geopereerd. Dit was heel heftig, ook psychisch. Daarom was een vervolgbehandeling met behulp van orthodontie beter voor haar. De keuze voor aligners is ook gemaakt, omdat haar tanden en kiezen nog steeds erg gevoelig zijn na het ongeval. En na de schroeven in haar mond is het voor haar bijna niet te verdragen om weer ijzer in haar mond te krijgen.
- 3.7. Verzoekster heeft bij brief van 29 oktober 2024 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Volgens het Zorginstituut komt zij in het geheel niet voor vergoeding van orthodontie in aanmerking. Het is volgens verzoekster overduidelijk dat de ziektekostenverzekeraar gedurende deze kwestie niet op de hoogte was van dit feit, aangezien hij steeds heeft gezegd dat verzoekster wel in aanmerking komt voor een beugel uit categorie 6. Verzoekster beroept zich nogmaals op de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar en wil dat hij haar schadeloos stelt.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in de beslissing van 24 januari 2024 aan verzoekster meegedeeld dat zij de aangevraagde 'orthodontische behandeling categorie 7' niet vergoed krijgt vanuit de ongevallendekking. De ziektekostenverzekeraar vergoedt alleen de goedkoopste en eenvoudigste behandeling binnen één jaar na het ongeval. De adviserend tandarts heeft de aangevraagde behandeling beoordeeld als onnodig kostbaar.
- 4.2. In de heroverweging van 14 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij per abuis de aanvraag in eerste instantie heeft afgewezen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hij handhaaft echter zijn afwijzing, omdat op grond van de zorgverzekering evenmin aanspraak bestaat op de aangevraagde zorg. In artikel B.5. van de desbetreffende voorwaarden is namelijk bepaald dat aligners niet voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar vergoedt alleen een noodzakelijke oplossing voor een probleem, en een beugel uit categorie 6 had het kaakprobleem van verzoekster ook kunnen verhelpen. De behandelend orthodontist heeft weliswaar een aanvraag ingediend voor de onderhavige behandeling, maar deze was al aangevangen toen de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afwees. Het is op grond van de zorgverzekering niet mogelijk om een andere behandeling te vergoeden dan die daadwerkelijk is uitgevoerd. Ten aanzien van de telefoongesprekken merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij de juiste informatie heeft verstrekt, passend bij de vragen van verzoekster. Hierbij is ook vermeld dat een machtiging moest worden aangevraagd en dat de adviserend tandarts na ontvangst van de aanvraag zou beoordelen of de behandeling wordt goedgekeurd. Daarnaast heeft verzoekster tijdens de gesprekken niet benoemd dat de Invisalign beugel haar voorkeur had. Als zij dat wel had gedaan, had de ziektekostenverzekeraar haar hierover kunnen informeren. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten ook niet onverplicht, omdat dit niet eerlijk is tegenover andere verzekerden.
- 4.3. In de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 16 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat in artikel B.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering, betreffende orthodontie in bijzondere gevallen, is bepaald dat aligners niet worden vergoed.

De Invasalign beugel is een aligner. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de machtiging vooraf moet worden aangevraagd. De behandeling is gestart op 18 oktober 2023. De aanvraag is echter pas op 21 november 2023 door de behandelend orthodontist ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de kosten van een eventuele tweede operatie inderdaad zou hebben vergoed. Verzoekster heeft gekozen voor een minder kostbare oplossing, en zij vindt het niet eerlijk dat zij nu alle kosten zelf moet betalen. De ziektekostenverzekeraar begrijpt haar standpunt, maar het is niet mogelijk een behandeling deels te vergoeden met geld dat is bedoeld voor een andere behandeling.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 2 augustus 2024, gericht aan de commissie, toegelicht dat hij de behandelend orthodontist op 15 december 2023 heeft meegedeeld dat verzoekster aanspraak heeft op een orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering, maar dat een beugel uit categorie 7 is uitgesloten van vergoeding. In de nieuwe aanvraag, van 19 december 2023, heeft de behandelend orthodontist gevraagd of hij een beugel uit categorie 7 kan aanvragen met de techniekkosten van een categorie 6 beugel. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 december 2023 het volgende aan de behandelend orthodontist meegedeeld: *"Dank u wel voor uw vraag omtrent categorie 7. Helaas is het niet mogelijk wat u voorstelt. Als u afwijkt van categorie 6 beugel, komt de orthodontie niet in aanmerking voor vergoeding vanuit de bijzondere tandheelkunde en moeten alle behandelingen op categorie 7 door de verzekerde zelf bekostigd worden. De gemachtigde orthodontie is een natura verstrekking en de vergoeding kan niet worden gekapitaliseerd en in mindering gebracht op een andere verstrekking. Wij ontvangen graag een nieuwe aanvraag met een categorie 6."*

De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 24 januari 2024 geïnformeerd over de afwijzing van de aangevraagde behandeling.

In reactie op de stellingen van verzoekster betreffende de telefonische informatie stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt van hij geen onvolledige en/of onjuiste informatie heeft verstrekt aan verzoekster. Uit de notities van deze gesprekken blijkt dat verzoekster steeds erop is gewezen dat eerst een aanvraag moest worden ingediend via de zorgaanbieder. In het gesprek van 19 oktober 2023 is haar verteld dat de vergoeding afhankelijk is van de goedkeuring van de ziektekostenverzekeraar. Gebleken is nadien dat de behandeling reeds op 18 oktober 2023 was aangevangen. Verzoekster heeft de toestemming van de ziektekostenverzekeraar dus niet afgewacht. Hiermee heeft zij het risico aanvaard dat de kosten van de behandeling niet worden vergoed.

Een beugel uit categorie 7 is in artikel B.5. van de verzekeringsvoorwaarden uitgesloten van vergoeding. Het voorstel van verzoekster, om de kosten van een beugel uit categorie 6 aan haar te vergoeden, behoort niet tot de mogelijkheden van het wettelijk systeem van de zorgverzekering.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in de telefoonnotities staat dat verzoekster terecht is gewezen op de aanvraagprocedure. De orthodontist moet een aanvraag indienen. Hiervoor moet toestemming worden verleend. Ten aanzien van het advies van het Zorginstituut heeft de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij van mening blijft dat bij verzoekster sprake was van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Er was een ernstig functieprobleem, dat er niet was zonder de fractuur. Op de indicatieve lijst voor orthodontie is opgenomen: een trauma van het kaakstelsel waarvoor orthodontische hulp nodig is, en een transversale afwijking met verlies van occlusaal contact. Dat sprake is van bijzondere tandheelkunde staat dus niet ter discussie. Het gaat om de categorie van de beugel.
- In voorwaarden van de zorgverzekering is een uitsluiting opgenomen voor aligners. Deze uitsluiting ziet op doelmatigheidsaspecten. Een categorie 7 beugel is in de regel duurder dan een categorie 6. In individuele gevallen wordt wel gekeken of betrokkene is aangewezen op deze vorm van zorg. Er kan afgeweken worden en een categorie 7 beugel worden vergoed als hiervoor een medische reden is. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Het is niet mogelijk om de kosten van een beugel uit categorie 7 te vergoeden op basis van de vergoeding voor een beugel uit categorie 6, aangezien de zorgverzekering geen mogelijkheid biedt tot substitutie.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 10 september 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Indicatie verzoekster

Verweerder geeft aan dat verzoekster aanspraak kan maken op orthodontie ten laste van de basisverzekering.

Vergoeding van orthodontie ten laste van de basisverzekering is enkel mogelijk in het geval van een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Op basis van een verworven afwijking, zoals een ongeval, kan een verzekerde geen aanspraak maken op orthodontie.

Bij verzoekster is sprake van een verworven afwijking, namelijk door een ongeval. Een orthodontische behandeling ter correctie van een verworven afwijking valt niet onder de basisverzekering.

Ook is de functiestoornis van verzoekster niet ernstig genoeg en is er geen sprake van medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheeskundige. Verzoekster heeft derhalve geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van orthodontie ten laste van de basisverzekering.

Afwijsggrond verweerder

Aangezien verzoekster geen indicatie heeft voor orthodontie wordt niet toegekomen aan de verdere beoordeling van het geschil. Verweerder heeft aligners in de polis uitgesloten van vergoeding. Het Zorginstituut merkt op dat onduidelijk is waar deze uitsluiting op is gebaseerd.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor de vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering."

- 5.2. In het definitief advies van 22 oktober 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Het Zorginstituut merkt ten overvloede het volgende op over de indicatie van verzoekster. Verweerder stelt tijdens de hoorzitting dat verzoekster een indicatie heeft omdat sprake is van een ernstige functiestoornis en op de indicatieve lijst twee indicaties zijn opgenomen die passen bij de situatie van verzoekster. Dit neemt echter niet weg dat gelet op artikel 2.7 lid 3 van het Besluit zorgverzekering orthodontische hulp alleen voor vergoeding in aanmerking komt wanneer sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Een trauma is geen zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over bijzondere tandheelkunde en orthodontische hulp in bijzondere gevallen zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De aanspraak op orthodontische hulp in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij het Bzv volgt dat het moet gaan om een situatie vergelijkbaar met schisis. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv.

Zoals wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 10 september 2024, kan een verzekerde op basis van een verworven afwijking, zoals een ongeval, geen aanspraak maken op orthodontie ten laste van de zorgverzekering. In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel verklaard dat een verzekeringsindicatie bestaat. De commissie zal in die beslissing niet treden en uitsluitend beoordelen of verzoekster aanspraak heeft op - gedeeltelijke - vergoeding van de Invisalign beugel in het kader van orthodontische hulp in bijzondere gevallen.

- 7.3. De ziektekostenverzekeraar heeft het verzoek om vergoeding van de Invisalign beugel afgewezen omdat een dergelijke beugel is te beschouwen als een aligner. In artikel B.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat geen recht bestaat op vergoeding van de kosten van aligners. De commissie merkt over dit standpunt op dat in artikel 2.7 Bzv, waarop artikel B.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering is gebaseerd, aligners of andere beugels uit categorie 7 niet zijn uitgesloten van vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft echter in dit specifieke geval ook betoogd dat het kaakprobleem van verzoekster kon worden opgelost met een beugel uit categorie 6, die bovendien goedkoper is. De commissie vat dit op als een beroep op doelmatigheid, waarbij wordt aangetekend dat in het kader van de beoordeling hiervan zorginhoudelijke overwegingen moeten worden betrokken. Vervolgens stelt de commissie vast dat verzoekster de keuze voor de duurdere Invisalign beugel heeft beargumenteerd door te stellen dat deze beugel beter is schoon te houden, alsmede dat zij vanwege de schroeven in haar mond naar aanleiding van de operatie niet weer metaal in haar mond kon verdragen. Deze argumenten overtuigen niet op grond van zorginhoudelijke overwegingen. De commissie oordeelt dan ook dat de ziektekostenverzekeraar kon besluiten de aanvraag op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering af te wijzen.

Substitutie

- 7.4. Verzoekster wenst een vergoeding te ontvangen ter hoogte van de kosten van een beugel uit categorie 6, terwijl zij een beugel uit categorie 7 heeft aangeschaft. Daarmee is sprake van substitutie, in die zin dat kosten van niet-verzekerde zorg worden vergoed op basis van de aanspraak op vergoeding van wel verzekerde zorg. De zorgverzekering kent niet de mogelijkheid van substitutie. Hieraan doet niet af dat kosten van een beugel categorie 6 dan wel van een eventuele operatie zijn bespaard.

Zorgplicht

- 7.5. Verzoekster heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden. De commissie oordeelt dat van schending van de zorgplicht geen sprake is. Verzoekster heeft gekozen voor een naturapolis. In artikel 11, eerste lid, onder a, Zvw is bepaald dat de zorgplicht in dat

geval 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. Uit de onderbouwing die verzoekster voor haar stelling heeft gegeven, blijkt dat deze geen betrekking heeft op de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar, maar op de informatieverstrekking door de ziektekostenverzekeraar.

Telefonisch verstrekte informatie

- 7.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar onvoldoende heeft voorgelicht tijdens de telefoongesprekken die zij voorafgaand aan de behandeling heeft gevoerd. De ziektekostenverzekeraar is daarentegen van mening dat hij aan verzoekster de juiste informatie heeft verstrekt, passend bij haar vragen.

De commissie overweegt dat het bij telefonisch verstrekte informatie vaak lastig is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, zo ook in dit geval. Hoe dan ook, heeft verzoekster zelf verklaard dat tijdens de gesprekken met de ziektekostenverzekeraar het soort beugel niet ter sprake is gekomen, dus ook niet dat zij wilde kiezen voor een Invisalign beugel of andere aligner. De ziektekostenverzekeraar kon dit dus niet weten, en kon haar dus niet kunnen waarschuwen dat dit soort beugels niet wordt vergoed. Dat aan verzoekster is toegezegd dat zij bij een beugel uit categorie 7 de vergoeding zou krijgen als ware het een beugel uit categorie 6 blijkt niet uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities. Evenmin blijkt uit andere stukken dat de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een (telefonische) toezegging in die zin heeft gedaan. De tweede aanvraag door de behandelend orthodontist wijst juist op het tegendeel. Uit de telefoonnotities blijkt wel dat in alle drie de gesprekken door de ziektekostenverzekeraar is vermeld dat voor een orthodontische behandeling vooraf een aanvraag moet worden ingediend. De eerste aanvraag is vervallen, en ten tijde van de tweede aanvraag was al met de behandeling gestart. Daarbij wist verzoekster dat op de in te dienen aanvraag nog een beslissing zou volgen en dat deze voor haar ook negatief kon zijn. Door met de behandeling te starten voordat zij de beslissing ontving, heeft verzoekster het risico aanvaard dat de hieraan verbonden kosten voor haar rekening blijven. Dat de aanvraag moest worden ingediend door de behandelend orthodontist maakt het voorgaande niet anders.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 december 2024,

J.J.M. Linders

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de FBTO Zorgverzekering Basis Plus? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in “natura”). Heeft u de FBTO Zorgverzekering Basis Vrij? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van [B.5](#) tot en met [B.12](#)) gaan wij hierop in.

B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, 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 recht op deze behandeling. Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende module afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

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, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. U heeft een blijvende ontwikkelings- of groeistoornis die leidt tot een ernstige functiebeperking en deze is in ernst vergelijkbaar met een lip-, kaak- of verhemeltespleet (schisis).
4. Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid;
- b. vacuümgevormde beugels, aligners.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.7

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;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
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 medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde

- tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.
6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Vergoedingen aanvullende module(s)

Wat mag een kaakchirurg declareren?

U heeft recht op parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door een kaakchirurg als deze kosten niet worden vergoed vanuit uw basisverzekering (zie artikel [B.7 Fronttandvervanging voor verzekerden tot 23 jaar](#) [B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie](#), [B.10 Implantaten](#), [B.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap](#) en [B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen](#)).

Wat mag een tandprotheticus declareren?

U heeft recht op het laten maken, repareren en opvullen van gedeeltelijke kunstgebitten (plaatjes of frames) voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de tandprotheticus.

3.2 Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. Een tandtechniker. Een tandtechniker is geen erkende zorgverlener. Nota's van een tandtechnisch laboratorium vergoeden wij daarom niet.
- b. keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen;
- c. afspraken die u niet nakomt (C90);
- d. het uitwendig bleken van tanden en kiezen;
- e. orthodontie, dit wordt uit de module Gezichtsorg & Orthodontie vergoed;
- f. de kosten voor een mandibulair repositieapparaat (MRA, een zogenoemde snurkbeugel) en voor de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- g. een niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05);
- h. een fluoridebehandeling (M40);
- i. volledige narcose en lachgas;
- j. gecompliceerde extractie door een kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed;
- k. gedeeltelijk voltooid werk;
- l. autotransplantaten (H38 en H39);
- m. een therapeutische injectie met botox (G44);
- n. niet-medisch noodzakelijke facings (schildjes) die aangebracht worden om het uiterlijk van het gebit te verbeteren in een gezonde mond (prestatiecodes voor cosmetische facings).

3.3 Vergoeding van de eigen bijdrage voor een tandheelkundige prothese

De basisverzekering rekent een eigen bijdrage voor het maken, plaatsen, repareren en rebasen van een tandheelkundige prothese. Deze module vergoedt deze eigen bijdrage. Deze vergoeding telt mee voor het maximale bedrag per kalenderjaar dat u heeft gekozen.