





# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D  
Zaak : Mondzorg, orthodontie na osteotomie in verband met OSAS  
Zaaknummer : 201401330  
Zittingsdatum : 14 januari 2015

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

 (Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv)

---


 1. Partijen


De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,


 tegen


C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.


 2. De verzekeringssituatie


 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een orthodontische behandeling (verder: de aanspraak). Bij brief van 24 januari 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.


 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 maart 2014 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.

 3.4. Bij brief van 21 augustus 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 november 2014 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 november 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 6 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014142843) 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 indicatie heeft voor de gevraagde behandeling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 december 2014 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 januari 2015 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 16 januari 2015 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 21 januari 2015 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 op 20 december 2013 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"Bovengenoemde patiënt werd mij onlangs verwezen door collega (...) (kaakchirurg te (...)). Diagnose: Kl.II/2, crowding onderfront, mediaanlijjverschuiving, OSAS patiënt, AHI 21. De actieve orthodontische behandeling is gestart en wordt uitgevoerd met behulp van volledig vaste apparatuur in combinatie met verlengingsosteotomie. Omdat de OSAS klachten dermate belastend voor de patiënt zijn werd besloten de operatiedatum sterk te vervroegen (oftewel januari 2014!). Derhalve zal de voorbehandeling zeer kort en de nabehandeling navenant langer zijn. Deze totale therapie zal circa 2 jaar duren, waarna een retentieperiode van ongeveer 1 jaar zal volgen (...)"*.
- 4.2. De behandelend kaakchirurg heeft op 31 januari 2014 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"Bovengenoemde patiënt is bij ons bekend i.v.m. een obstructief slaapapneusyndroom, met een AHI van 21. Deze wordt veroorzaakt door een onderontwikkeling van de onderkaak, een horizontale mandibulaire hypoplasie. Vermeldenswaardig is dat patiënt, ondanks zijn jonge leeftijd veel klachten heeft van vermoeidheid. Beoordeling door de KNO arts, m.b.v. een slaap geïnduceerde endoscopie, liet een forse obstructie t.p.v. de tongbasis zien. I.v.m. de onderontwikkeling van de onderkaak, werd de indicatie tot een verlengingsosteotomie van de mandibula gesteld, middels een sagittale splijtingsosteotomie. Hierbij is een orthodontische voor- en nabehandeling noodzakelijk, aangezien het anders [on]mogelijk is een fatsoenlijke occlusie te vervaardigen. (...)"*.
- 4.3. Verzoeker bezocht in augustus 2013 de huisarts in verband met ernstige vermoeidheid, snurken en apneu. De huisarts verwees verzoeker naar een slaapcentrum. Daar werd ontdekt dat verzoeker gemiddeld 21 keer per uur stopte met ademhalen. Verzoeker heeft hierop een kaakchirurg geconsulteerd, die adviseerde de onderkaak naar voren te plaatsen, teneinde ruimte te maken voor de tong. Dat is goed gelukt. De tanden en kiezen van verzoeker sluiten nu echter niet meer op elkaar aan, hetgeen ervoor zorgt dat hij niet goed kan kauwen en onduidelijk spreekt. Om die reden is de hulp van een orthodontist noodzakelijk.

4.4. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker voor de slaapapneu niet hoefde te worden geopereerd, maar uit zou kunnen met een CPAP apparaat. Volgens de kaakchirurg is dit voor ouderen inderdaad de aangewezen weg. Gezien de leeftijd van verzoeker (22 jaar) voorzag de kaakchirurg echter dat gebruik van een CPAP apparaat voor veel meer onkosten voor het OSAS-team zou zorgen. Bovendien is het gebruik van een masker erg belastend. Overigens heeft de zorgverzekeraar de kosten van de osteotomie reeds vergoed.

4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij al tijden last had van vermoeidheid. Toen is een test gedaan om te onderzoeken of hij wellicht last had van slaapapneu. Dit bleek het geval te zijn. Er was sprake van een AHI van 21. De chirurg vond dat hij binnen zeer korte tijd moest worden behandeld, met name omdat de situatie steeds ernstiger werd. Na de operatie had verzoeker een onderbeet, waardoor hij niet normaal kon eten, en alles vloeibaar moest nemen. Verder werkt een snurkbeugel ook maar bij een beperkt aantal mensen. Bovendien hebben zowel de snurkbeugel als de CPAP apparatuur bijwerkingen, zoals gebitsschade. Verzoeker kan er niets aan doen dat hij last heeft van slaapapneu. Hij heeft geen overgewicht, leeft gezond en rookt en drinkt niet. Verzoeker komt nu met een schuld van ongeveer € 4.000,-- te zitten.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De aanvraag van verzoeker is beoordeeld in het kader van artikel 2.7 Bzv. Het moet gaan om een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. De indicatie van verzoeker is getoetst aan de zogenoemde "indicatieve lijst". De geconstateerde afwijking - klasse 2/2 met crowding van het onderfront en een mediaanlijnvverschuiving - is niet in ernst vergelijkbaar met schisis, en voldoet daarom niet aan de eisen zoals gesteld in de indicatieve lijst.

5.2. OSAS betreft geen ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Het behoud van de tandheelkundige functie heeft geen relatie met deze aandoening. Overigens vormt een AHI van 21 volgens de CBO-richtlijn geen indicatie voor een osteotomie, en is in dat geval gebruik van een CPAP apparaat aangewezen.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat bijzondere orthodontie kan worden vergoed bij een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, en hij verwijst in dat kader naar de indicatieve lijst tandheelkunde. OSAS komt als indicatie op deze lijst niet voor. De medische stukken zijn naar de adviserend tandarts gestuurd. Deze zag geen bijzondere reden voor orthodontie. Ook het Zorginstituut onderschrijft dit standpunt.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

#### 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

#### 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg en orthodontische zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Omschrijving*

*Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.*

*(...)*

*U hebt alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is. (...).”*

8.4. Artikel 29.2 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 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 verder 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 zorgverzekeraar 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.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Onderscheid moet worden gemaakt tussen de uitgevoerde osteotomie en de orthodontische behandeling. Het betreft twee verschillende verzekerde prestaties, die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld. Ten aanzien van de osteotomie geldt het volgende. Verzoeker heeft in verband met OSAS een osteotomie ondergaan. De kosten van deze ingreep zijn reeds door de zorgverzekeraar aan verzoeker vergoed en hierover bestaat tussen partijen geen geschil. De stelling van de zorgverzekeraar dat verzoeker vanwege de OSAS had toegekund met een

CPAP apparaat, en dat daarom geen indicatie bestaat voor een osteotomie, is in die zin door de feiten achterhaald en kan daarom verder onbesproken blijven.

- 9.2. De zorgverzekering biedt dekking voor orthodontie indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Tevens dient medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk te zijn. Eén en ander is verwoord in artikel 29.2 van de zorgverzekering.
- 9.3. OSAS is geen tandheelkundige aandoening, en kan dan ook niet worden aangemerkt als een ontwikkelingsstoornis of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld in artikel 29.2 van de zorgverzekering. Rest de vraag of de na de osteotomie ontstane (tandheelkundige) problematiek een (verzekerings)indicatie vormt voor een orthodontische behandeling. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. Gelet op de nota van toelichting bij het Bzv is de aanspraak op orthodontie beperkt tot de tandheelkundige aandoeningen waarop de bijzondere tandheeskunde 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 Klasse 2, crowding onderfront en een mediaanlijnvverschuiving. Deze situatie is niet in ernst vergelijkbaar met schisis, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

#### **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 januari 2015,

mr. drs. P.J.J. Vonk