

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Mondzorg, osteotomie, orthodontie
Zaaknummer : 2011.00573
Zittingsdatum : 27 juli 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk 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 verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 15 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Op 3 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Naar aanleiding van een door verzoekster ingediende begroting voor de tandheelkundige (gecombineerde) behandeling, heeft de ziektekostenverzekeraar haar op 18 februari 2011 meegedeeld dat een bedrag van € 436,04 voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering, zodat € 6.155,04 voor rekening van verzoekster blijft.
- 3.4. Bij brief van 3 maart 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).

- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 mei 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 mei 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 juli 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 mei 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 7 juni 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011049949) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor een orthodontische behandeling, en daarmee ook geen aanspraak kan maken op de osteotomie die hiermee samenhangt. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 15 juni 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 juli 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 28 juli 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 1 augustus 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 kaakchirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "*maxillaire hyperplasie, mandibulaire retrognathie*", en de volgende behandeling voorgesteld: "*Le Fort 1 osteotomie, sagittal split osteotomie bdz*".
- 4.2. Verzoekster stelt dat de voorgestelde kaakoperatie een verzekerde prestatie is, en dat deze medisch noodzakelijk is. Vastgesteld is dat bij verzoekster een osteotomie moet plaatsvinden om de kaakrelatie te verbeteren. De ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot volledige vergoeding, aangezien zij recht heeft op de onderhavige behandeling.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij vanaf haar dertiende twee jaar een beugel heeft gehad. Binnen twee jaar nadien stonden haar tanden weer zoals voor zij de beugel kreeg. Op haar zeventiende kreeg verzoekster wederom een beugel, en deze draagt zij nog steeds. Een jaar geleden vertelde haar ortho-

dontist dat haar overbeet niet is te verhelpen door middel van orthodontie, en stelde een kaakoperatie voor. Verzoekster stelt dat zij een overbeet heeft van 6 millimeter. Haar onderkaak dient 4 millimeter naar voren te worden gezet. Bovendien heeft zij een incompetente lipsluiting, hetgeen inhoudt dat zij in ontspannen toestand haar lippen niet op elkaar heeft. Het gevolg is dat zij vaak een droge mond heeft, en haar tanden gevoelig zijn wanneer het koud is. Door de incompetente lipsluiting heeft verzoekster een inactieve bovenlip. Zij praat met haar boventanden in plaats van haar bovenlip. Hierdoor zal zij haar boventanden altijd naar voren blijven duwen met haar onderlip, zodat zij waarschijnlijk blijvend een beugel nodig zal hebben. Voorts stelt verzoekster dat vijf jaar orthodontie blijkbaar niet genoeg is voor haar gebit. Haar overbeet kan alleen worden verholpen door de kaakoperatie. Volgens verzoekster is deze kaakoperatie medisch noodzakelijk; de orthodontist en kaakchirurg bevestigen dit. Van een esthetische behandeling is geen sprake. Doordat haar kaken niet goed staan ten opzichte van elkaar, is het kauwoppervlak niet goed. Hierdoor zal verzoekster last krijgen van slijtage van de tanden, met alle gevolgen van dien. Verzoekster stelt dat momenteel enkel de gevolgen worden aangepakt, en niet de oorzaak. Tot slot stelt verzoekster dat er geen algemene regels zijn, en dat zij haar individuele geval mag veralgemeniseren. Haar kaakchirurg heeft haar geadviseerd over te stappen naar een andere verzekeraar, omdat er verzekeraars zijn die de kaakoperatie wel vergoeden. Verzoekster wil echter eerst proberen er met de ziektekostenverzekeraar uit te komen.

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 alleen de tandheelkundige hulp (onderdeel van de gecombineerde behandeling) wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster is verschenen op het spreekuur van de adviserend tandarts. Bij verzoekster is geen sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, een ernstige groeistoornis, of een verworven afwijking van het tand-, kaak-, of mondstelsel. Bij verzoekster is voorts niet gebleken van een ernstige skelettale aandoening. De osteotomie komt dan ook niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat, aangezien verzoekster geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde, en geen sprake is van ingrijpende behandeling in verband met een ernstige afwijking die vergelijkbaar is met schisis, geen aanspraak bestaat op orthodontie. Verzoekster is naar inhoud en omvang redelijkerwijs niet op de gevraagde behandeling aangewezen. De gecombineerde behandeling komt derhalve niet voor volledige vergoeding in aanmerking.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de vraag is of de osteotomie op grond van de zorgverzekering vergoed mag worden, en niet of de ingreep medisch noodzakelijk is. Er is sprake van een verzekeringsindicatie als sprake is van een overbeet van 13 millimeter of meer. Verzoekster voldoet niet aan deze voorwaarde. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar er niet mee bekend te zijn dat andere verzekeraars bij deze indicatie de ingreep wel vergoeden. De aanvraag is terecht afgewezen.

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 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 gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B29 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkunde bestaat. Voor zover hier van belang, luidt artikel 29 als volgt:

“B29 Tandheelkunde

B.29.1 Bijzondere tandheelkunde

U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft

(...)

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als deze noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

- U heeft alleen recht op orthodontische hulp 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.

(...)

Voor bijzondere tandheelkunde heeft u voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig. Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

B29.2 Tandheelkunde

U heeft recht op tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u jonger bent dan 22 jaar of 22 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 21 jaar

U heeft recht op:

(...)

- anesthesie (verdoving),

(...)

- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen),

(...)

- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,

(...)

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus.

Verwijzing

U heeft alleen recht op behandeling door een kaakchirurg als u een schriftelijke verwijzing heeft van een tandarts of huisarts.

Toestemming

U heeft voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig:

(...)

- voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg,

(...)

Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan mee van de zorgaanbieder.”

- 8.3. Artikel B5 van de zorgverzekering luidt als volgt:

“B5 Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.”

- 8.4. De artikelen B29 en B5 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). In artikel 2.1, lid 3 Bzv is bepaald dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 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.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel T12 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“T12 TandVerzorgd 3

(...)

- Voor orthodontie onder de 22 jaar, die aanvangt na 1-1-2010, geldt een maximum bedrag van € 2.000 voor de gehele verzekeringsduur.

(...)”

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. Orthodontie is een verzekerde prestatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde, en dan 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 sprake van maxillaire hyperplasie, mandibulaire retrognathie, incompetente lipsluiting, en overbeet. Echter, van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel kan niet worden gesproken, zodat een indicatie voor orthodontische hulp in de zin van artikel B29.1 van de zorgverzekering ontbreekt.
- 9.3. Indien een indicatie voor orthodontie ontbreekt, vormt een osteotomie een verzekerde prestatie in het kader van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, als sprake is van een ernstige skelettale aandoening. Van een zodanige aandoening is in de procedure niet gebleken.
- 9.4. De conclusie moet derhalve zijn dat op grond van de bepalingen van de zorgverzekering het verzoek niet kan slagen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt vergoeding voor de kosten van orthodontie tot maximaal € 2.000,-- voor de gehele verzekeringsduur, op voorwaarde dat de behandeling aanvangt na 1 januari 2010, en verzekerde onder de 22 jaar is. Verzoekster voldoet aan deze voorwaarde, zodat zij voor de orthodontische behandeling recht heeft op een vergoeding van maximaal € 2.000,-- voor de gehele verzekeringsduur. Indien verzoekster dit bedrag al ten dele uitbetaald heeft gekregen, kan zij nog aanspraak maken op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, ter hoogte van het nog resterende bedrag.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, met inachtneming van hetgeen bepaald in 9.5.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 augustus 2011,

Voorzitter