



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheekunde, orthodontie, wijziging behandelplan
Zaaknummer : 201701946
Zittingsdatum : 18 april 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (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 TandVerzorgd 250 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering ExtraVerzorgd 2 is niet is geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een orthodontische behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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. Met het klachtenformulier van 29 november 2017 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 van € 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 27 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 februari 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 maart 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 april 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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 28 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 12 maart 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018010406) 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 multidisciplinair te benaderen aandoening, die in ernst te vergelijken is met schisis. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 maart 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 april 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 19 april 2018 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. Bij brief van 29 mei 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 31 mei 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 juni 2018 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend tandarts heeft op 29 augustus 2017 over verzoekster het volgende verklaard: *"Bij deze verzekerde is een palatumbeet met schade aanwezig en op basis van de Indicatieve Lijst zou de patiënt in aanmerking moeten kunnen komen voor een machtiging. Waar ik het dan niet volg is dat als eis aan de behandeling wordt gesteld dat chirurgie moet plaatsvinden. Het gaat toch om de afwijking en de indicatie? Ik begrijp niet waarom ik een onnodig uitgebreide en wellicht dure behandeling moet voorstellen. Door chirurgie te voorkomen bespaar ik de ziektekostenverzekeraar een heleboel uit te keren kosten naar de kaakchirurg. Het kan toch niet zo zijn dat je een patiënt moet gaan 'dwingen' om maar chirurgie te ondergaan om een machtiging te krijgen?"*
- 4.2. Op advies van haar tandarts heeft verzoekster een orthodontist geconsulteerd. Er is een behandelplan opgesteld, waarin onder andere een kaakoperatie is opgenomen. Op 10 maart 2017 is een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, die op 26 maart 2017 is goedgekeurd.
- 4.3. Vervolgens is de kaakchirurg geconsulteerd. Hij achtte de mogelijkheid groot om zonder operatief ingrijpen de behandeling uit te voeren. Hiertoe heeft hij ideeën aangedragen en heeft uitvoerig overleg plaatsgevonden tussen hem en de orthodontist. Hierop is een consult ingepland bij de implantoloog, omdat zijn werkzaamheden eveneens onderdeel zijn van het behandelplan. Omdat bleek dat een behandeling zonder operatief ingrijpen mogelijk was, heeft de orthodontist een alternatief behandelplan opgesteld, inhoudende dat botankers worden aangebracht om tanden en kiezen te verplaatsen, en is een nieuwe aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze aanvraag is evenwel afgewezen.

- 4.4. De gewijzigde behandeling is medisch noodzakelijk voor het bewerkstelligen van een gezond functionerend gebit. Om die reden zou de aanvraag alsnog moeten worden goedgekeurd. Voorts zal de nieuw voorgestelde behandeling beduidend minder kosten en voor verzoekster veel minder belastend zijn.
- 4.5. Ter zitting is ter aanvulling aangevoerd dat vast staat dat verzoekster een indicatie heeft voor orthodontie en dat sprake is van een multidisciplinair behandeltraject, omdat zij tijdens een gezamenlijke intake is gezien door de tandarts-implantoloog, restauratief tandarts, orthodontist en kaakchirurg. Overigens heeft hierop volgend overleg plaatsgevonden tussen de zorgverleners over wat de meest efficiënte en doelmatige behandeling voor verzoekster zou zijn en is in overleg met haar besloten af te zien van operatief ingrijpen door de kaakchirurg. Er is gekozen voor het aanbrengen van botankers door de tandarts. Verzoekster merkt op dat uit de wet- en regelgeving niet volgt dat een dergelijke behandeling enkel voor vergoeding in aanmerking komt indien deze wordt uitgevoerd door een kaakchirurg.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van artikel 2.7, derde lid, Bzv bestaat aanspraak op orthodontische hulp indien sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van een andere discipline dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Zorginstituut Nederland heeft zich op het standpunt gesteld dat de wettekst aldus dient te worden uitgelegd dat daadwerkelijk sprake moet zijn van medebehandeling door een andere discipline. In diverse recente uitspraken van de SKGZ wordt specifiek aangegeven dat het hierbij om een osteotomie moet gaan (bindend advies GcZ, 11 mei 2016, SKGZ201502928 en advies Zorginstituut Nederland, 30 maart 2016, 2016035102, SKGZ201502928).
- 5.2. Naar aanleiding van de aanvraag op 10 maart 2017, waarmee goedkeuring voor een multidisciplinair behandeltraject is gevraagd, is op 26 maart 2017 een machtiging afgegeven. De zorgverlener heeft, na de initiële goedkeuring, een gewijzigd behandelplan en een nieuwe aanvraag ingediend. Uit dat behandelplan volgt dat een orthodontische behandeling zal plaatsvinden, zonder voorafgaande kaakchirurgie. Er is derhalve niet langer sprake van een multidisciplinaire behandeling. Dit betekent dat de orthodontische behandeling niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Dat de aangevraagde behandeling volgens verzoekster medisch noodzakelijk is, doet aan het voorgaande niets af.
- 5.3. Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hierin geen vergoeding voor orthodontie is opgenomen.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzocht het definitieve advies van het Zorginstituut niet over te nemen, omdat de kaakchirurg verder niet betrokken is bij de behandeling. Bij het enkel wijzen op een andere techniek of behandelmethode is geen sprake van medediagnostiek of medebehandeling.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van algemene voorwaarden van de zorgverzekering 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een orthodontische behandeling bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

Welke zorg

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

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel heeft. Hieronder valt ook het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,*
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,*
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.*

Let op

- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van bijzondere tandheelkunde als dit noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad zonder de aandoening.*
- U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van 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. U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van orthodontische hulp als deze wordt verleend door een orthodontist. (...)"*

8.4. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse

marktomstandigheden passend is te achten. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

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 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.

9. Beoordeling van het geschil



Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Een orthodontische behandeling kan op grond van de zorgverzekering onder de dekking vallen indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheeskundige noodzakelijk is.
- 9.2. Ten aanzien van de (verzekerings)indicatie merkt de commissie het volgende op. Uit de toelichting op artikel 2.7 Bzv, welke bepaling ten grondslag ligt aan de betreffende passage in de voorwaarden van de zorgverzekering, blijkt dat voor de inhoud en omvang van mondzorg in de zorgverzekering aansluiting is gezocht bij de toenmalige Regeling Tandheeskundige hulp Ziekenfondsverzekering. De vroegere Ziekenfondsraad heeft een 'indicatieve lijst' opgesteld van die gevallen waarin een indicatie in het kader van bijzondere tandheelkunde aanwezig is. De commissie overweegt dat niet in geschil is dat bij verzoekster sprake is van een indicatie die is opgenomen op de 'indicatieve lijst'. Dit volgt uit het gegeven dat eerder een machtiging werd verleend door de ziektekostenverzekeraar. De betreffende aanvraag voorzag in de behandeling door een kaakchirurg.
- 9.3. Volgens artikel 2.7 Bzv dient tevens sprake te zijn van medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheeskundige. Door verzoekster is dienaangaande aangevoerd dat een kaakchirurg, een orthodontist en een tandarts-implantoloog betrokken zijn geweest bij het stellen van de diagnose en het opstellen van het behandelplan, waardoor sprake is van medediagnostiek. De ziektekostenverzekeraar betwist dit en heeft aangevoerd dat het Zorginstituut zich eerder op het standpunt heeft gesteld dat daadwerkelijk medebehandeling door een andere discipline moet plaatsvinden en dat dit in de onderhavige situatie niet aan de orde is. De commissie kan de stelling van de ziektekostenverzekeraar niet volgen. Uit de tekst van artikel 2.7 Bzv volgt immers dat sprake dient te zijn van medediagnostiek óf medebehandeling van een andere discipline dan de tandheeskundige. De commissie overweegt dat derhalve niet enkel moet worden getoetst of daadwerkelijk een multidisciplinaire behandeling heeft plaatsgevonden, maar ook of het in een specifieke situatie (medisch) noodzakelijk is dat een multidisciplinair team is betrokken bij het stellen van de diagnose, dan wel het opstellen van een behandelplan. Uit het advies van het Zorginstituut van 29 mei 2018 volgt dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is en daarmee van medediagnostiek, als bedoeld in artikel 2.7 Bzv. Aangezien ook aan de overige voorwaarden van artikel 2.7 Bzv wordt voldaan, concludeert het Zorginstituut dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag ten onrechte heeft afgewezen. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gevraagde behandeling alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.



 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

-  9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen ten laste van de zorgverzekering, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen verdere bespreking.








Conclusie

-  9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3.
-  9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3.
-  10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 20 juni 2018,

H.A.J. Kroon