



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, cranio-mandibulaire dysfunctie, kronen
Zaaknummer : 201700332
Zittingsdatum : 20 december 2017

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

(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,

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 (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 GarantTandVerzorgd 950 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.
- De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekeringen GarantVerzorgd 3 en Verzekering Eigen Risico zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tandheelkundige behandeling, waarbij meervlaksvullingen van composiet worden aangebracht en negen kronen worden geplaatst (hierna: de aanspraak). Bij brief van 31 januari 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 16 maart 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. Bij e-mailbericht van 21 juli 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 23 oktober 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 oktober 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 november 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 november 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch 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 31 oktober 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 14 november 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017048782) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet aannemelijk is geworden dat verzoekster een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 november 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 december 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 22 december 2017 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 28 december 2017 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 verzoekster

- 4.1. De behandelend tandarts heeft namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een machtiging aangevraagd voor bijzondere tandheelkunde. Op het 'Aanvraagformulier tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen', gedateerd 10 januari 2017, heeft de tandarts het volgende vermeld: "(...) *Van de afdeling machtigingen moesten wij erop zetten: medische noodzaak, ernstige afwijking aan tand en kaak. - omschrijving van de aard van de afwijking: zie vorige aanvraag die goed is gekeurd. - behandelingsplan: Nu de mockup als goed wordt ervaren, haar beet klopte meteen en voelt goed, ook minder spanning op de spieren en praten etc. Daarom nu omzetten naar 4 x partieel in de bovenkaak en 5 x volledige kronen/partieel in de onderkaak op de molaren en de 45 aangezien deze zeer zwaar zijn gerestaureerd en endodontisch behandeld zijn. De andere elementen met composiet aanvullen. (...)*" Uit voornoemde aanvraag blijkt voorts dat bij verzoekster een craniomandibulaire dysfunctie (hierna: CMD) aan de orde is.
- 4.2. De behandelend neuroloog heeft bij brief van 28 november 2016 over verzoekster het volgende verklaard: "(...) *Ik leg geen relatie tussen de linkszijdige pijnklachten in m.n. het gelaat en de perimesencephale bloeding pre-pontien rechts. (...) Ik plaats de pijn meer in een myofasciaal pijnsyndroom, waar kaakmusculatuur in meespeelt, derhalve ook geen klassiek trigeminus neuralgie. (...)*"

- 4.3. Diverse artsen, waaronder de tandarts en de neuroloog, zijn volgens verzoekster van oordeel dat bij haar sprake is van een ernstige afwijking aan haar tanden en haar kaak in de vorm van CMD. Door deze afwijking ervaart zij veel pijn, heeft zij een hoge kans op het breken van haar kaak en ondervindt zij problemen met praten, eten en slapen. Ondanks voornoemde problemen en de bij verzoekster gestelde diagnose heeft de ziektekostenverzekeraar de onderhavige aanvraag voor een machtiging voor bijzondere tandheelkundige zorg afgewezen. Voor verzoekster is het onduidelijk op welke grond de ziektekostenverzekeraar hiertoe heeft besloten en zij voelt zich door hem dan ook niet serieus genomen. Verzoekster merkt op dat zij normaal zou kunnen functioneren als haar boven- en ondertanden "in balans zijn". Tevens wil de ziektekostenverzekeraar haar de gegevens van zijn tandheelkundig adviseur, die de onderhavige aanvraag heeft beoordeeld, niet verstrekken.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat zij problemen heeft met praten en eten en bang is dat haar kaak zal breken. Bovendien heeft zij pijn. Zowel de behandelend tandarts als de behandelend neuroloog denken dat het nodig is iets op te bouwen op de tanden. De ziektekostenverzekeraar stelt echter dat geen sprake is van een noodsituatie. Hiermee is verzoekster het niet eens. Zij wil dat haar tandheelkundige problematiek wordt verholpen, omdat zij de pijn niet meer kan verdragen.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft in januari 2017 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor bijzondere tandheelkundige zorg. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkunde indien sprake is van: i) een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, ii) een ernstige verworven afwijking van het tand-, kaak- of mondstelsel, iii) een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, of iv) het ondergaan van een medische behandeling, waarvan het resultaat mede afhankelijk is van tandheelkundige zorg.
- 5.2. Verzoekster heeft eerder, te weten in januari 2015, een machtiging voor bijzondere tandheelkundige zorg aangevraagd. In de aanvraag voor deze machtiging worden CMD en grote afwijkingen niet vermeld. In maart 2015 is op basis van het advies van de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een machtiging verleend voor "herstel in composiet". De tandheelkundig adviseur heeft in zijn advies het volgende vermeld: *"Mevrouw heeft problemen met haar tanden, ze zegt dat ze verlaagd zijn, intra[-]joraal lijken de ki[e]zen wel juist opgebouwd. De beet is ook niet verdiept, maar mevrouw ondervind[t] daar wel problemen van. Ze wil graag dat haar tanden hoger worden gemaakt en haar ondergezicht dan langer wordt. Naar mijn mening zijn haar tanden niet afgesleten, wel maken maar weinig elementen contact. Ook enige ruimte tussen boven- en onderfront."* Nadat verzoekster de herstelbehandeling met composiet had ondergaan, heeft zij in juni 2015 opnieuw een machtiging aangevraagd, ditmaal voor het laten plaatsen van kronen. Uit de betreffende aanvraag blijkt niet van pathologische gebitsschade, deze is immers met composiet hersteld, of CMD. Omdat onvoldoende is onderbouwd waarom de reeds herstelde slijtage moet worden vervangen door kronen, uit de aanvraag niet volgt dat de tandheelkundige functie van verzoekster in het geding is, en de behandelend tandarts vermeldt dat verzoekster klachtenvrij is, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen. In september 2015 heeft verzoekster opnieuw een aanvraag ingediend voor het laten plaatsen van kronen, waarbij is vermeld dat bij haar sprake is van CMD. Deze aanvraag is op dezelfde gronden afgewezen als de aanvraag uit juni 2015.
- 5.3. Bij de onderhavige aanvraag, die gelijkloidend is aan de in juni en september 2015 namens verzoekster ingediende aanvragen voor bijzondere tandheelkundige zorg, is een verslag van de behandelend neuroloog gevoegd, waaruit blijkt dat bij haar mogelijk sprake is van CMD. Het is wenselijk dat verzoekster zich in verband met de mogelijk bij haar aan de orde zijnde CMD laat onderzoeken door een gnatoloog. Een dergelijk onderzoek wordt door de neuroloog onderschreven in zijn verslag. Bovendien is het raadzaam een sluitende diagnose te hebben alvorens verzoekster zich laat behandelen voor CMD.

- 5.4. De tandheilkundig adviseur heeft het dossier beoordeeld aan de hand van de richtlijn 'Criteria en omvang aanspraak bij tandweefselverlies van niet carieuze aard' van het College van Adviserend Tandartsen. De beroepsgroep geeft hiermee invulling aan de behandeling van gebitsherstel. In de richtlijn is opgenomen dat gebitsherstel gebeurt op basis van composiet. Kronen en bruggen vallen niet onder de aanspraak, tenzij composiet aantoonbaar niet voldoet. De behandelend tandarts schrijft dat in verband met gebitsslijtage de tanden en kiezen reeds waren opgebouwd met composiet, maar dat verzoekster hierover niet tevreden is. In de aanvraag is geen aanwijzing te vinden dat het reeds met composiet opgebouwde gebit aantoonbaar niet voldoet.
 - 5.5. De tandheilkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat de aangevraagde tandheilkundige behandeling geen oplossing zal vormen voor de mogelijke bij verzoekster aan de orde zijnde CMD. Haar beet zal immers met het vervangen van composiet door porselein niet wijzigen. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in het onderhavige geval sprake lijkt te zijn van een "een esthetisch/subjectief ingegeven probleem" en dat de in maart 2015 aan verzoekster verleende machtiging voor bijzondere tandheilkundige zorg - achteraf beschouwd - onterecht is toegekend.
 - 5.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor onder andere kronen. De huidige aanvraag is gebaseerd op codes die zien op bijzondere tandheilkunde. Indien verzoekster haar aanvullende ziektekostenverzekering wenst aan te spreken, dient haar zorgverlener te declareren met een zogenoemde R-code. Tevens moet verzoekster in dat geval rekening houden met het bedrag dat zij wellicht al heeft gebruikt, aangezien de aanvullende ziektekostenverzekering een maximum kent van € 950,-- per kalenderjaar.
 - 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de tandheilkundig adviseur de aanvraag heeft beoordeeld. Volgens hem is niet gebleken van een gediagnosticeerde craniomandibulaire dysfunctie. Het lijkt alsof wordt gezocht naar een afwijking op grond waarvan verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de aangevraagde tandheilkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering. Bij verzoekster hoeven geen kronen te worden geplaatst om een tandheilkundige functie te kunnen behouden.
 - 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. Gelet op artikel A.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op de pagina's 8 tot en met 53 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. De pagina's 42 tot en met 45 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat en 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 bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- *een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel 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-tandheerkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,*
- *een niet-tandheerkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.*

Let op

- *U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als dit noodzakelijk is om een tandheerkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheerkundige functie die u zou hebben gehad zonder de aandoening.
(...)"*

- 8.4. De pagina's 42 tot en met 45 van de voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A1 van de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, eerste lid, 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. 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. De pagina's 79 tot en met 82 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepalen de aanspraak op tandheerkundige zorg en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Vergoedingen GarantTandVerzorgd 350, 650 en 950

(...)

Welke zorgaanbieder

U kunt naar elke tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus die gevestigd is in Nederland of de grensstreek.

(...)

Met de GarantTandVerzorgd 350, 650 en 950 krijgt u alle behandelingen vergoed tot het genoemde maximumbedrag. Heeft u een GarantTandVerzorgd 950 dan geldt er een aparte vergoeding voor orthodontie. Kijk hiervoor in het artikel Orthodontie. U krijgt vergoed:

- consulten (C-codes) 100%
- verdoving (A- en B-codes) 100%
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes) 100% (uitwendig bleken (E97 en E98) uitgezonderd)
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes) 100%
- chirurgische behandelingen (H-codes) 100%
- implantaten (J-codes) 100%
- preventieve mondzorg (M-codes) 100%
- prothetische voorzieningen (P-codes) 100%
- kronen, bruggen en inlays (R-codes) 100%
- tandvleesbehandelingen (T-codes) 100%
- vullingen (V-codes) 100%
- röntgenfoto's (X-codes) 100%

Het maximumbedrag is per kalenderjaar:

(...) GarantTandVerzorgd 950: € 950

(...)

Wachttijd kronen en bruggen en implantaten in de GarantTandVerzorgd 950

Voor kronen, bruggen en implantaten geldt in de GarantTandVerzorgd 950 een wachttijd van 1 jaar.

Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor kronen, bruggen en implantaten. De wachttijd geldt als u overstapt naar de GarantTandVerzorgd 950 en gaat in op de ingangsdatum van de GarantTandVerzorgd 950."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan worden behouden of verworven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Gelet op de ontstaansgeschiedenis van artikel 2.7 Bzv dient hierbij te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Uit een toelichting van het College voor zorgverzekeringen (CVZ, thans: het Zorginstituut) op mondzorg (te raadplegen via de website van het Zorginstituut) blijkt dat ook CMD een verworven afwijking in de zin van artikel 2.7 Bzv vormt.
- 9.2. Gezien het voorlopig advies van het Zorginstituut van 14 november 2017 is niet aannemelijk geworden dat bij verzoekster een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg aanwezig is. Voor de indicatie CMD ontbreekt een adequate diagnostiek. Voorts blijkt uit het dossier niet dat thans sprake is van ernstige gebitsslijtage. Voor zover dit aan de orde is geweest, is dit door de opbouw met composiet in 2015 hersteld. Een en ander is door het Zorginstituut bevestigd in het definitieve advies van 28 december 2017. De commissie volgt de conclusie van het Zorginstituut en maakt het advies tot de hare. Dit leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de onderhavige tandheelkundige zorg, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor onder andere de kosten van kronen, mits deze worden gedeclareerd met een zogenoemde "R-code", en tot een maximum van € 950,-- per kalenderjaar. Daarbij kan een wachttijd van één jaar van toepassing zijn. Op de door verzoekster overgelegde begroting is negenmaal een kroon met de code "R24" vermeld, zodat - anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt - aan dit vereiste uit de aanvullende ziektekostenverzekering is voldaan. Voor zover het bedrag van € 950,-- nog niet is gebruikt

voor andere tandheelkundige kosten, heeft verzoekster ten laste van die verzekering aanspraak op vergoeding van de betreffende "R-codes". Gelet op de ingangsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering (1 januari 2015) is voornoemde wachttijd reeds verstreken.

Conclusie

9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.

9.5. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 10 januari 2018,

P.J.J. Vonk