



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende
Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, orthodontie

Zaaknummer : 201701421

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, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis en Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 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 tandheelkundige en orthodontische behandelingen waarbij onder meer implantaten worden aangebracht en de bovenfrontelementen worden aangepast (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 maart 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 21 juli 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 brief van 10 oktober 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 13 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 20 november 2017 en 5 december 2017 schriftelijk medegedeeld 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 14 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 30 november 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017051107) 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 bijzondere tandheelkundige hulp. Bij verzoekster ontbreken vijf blijvende gebitselementen zodat slechts gesproken kan worden van hypodontie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 december 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-implantoloog heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld:
"Bovengenoemde patiënt kwam op verwijzing van mijn collega mbt klachten betreffende de stand van haar tanden. Mevrouw heeft 6 agenesiën waarvan 2 frontelementen en is in het verleden bij een geregistreerde orthodontist behandeld. Het resultaat kunt u beoordelen op de bijgevoegde lichtfoto's. Mevrouw stoort zich hier erg aan. Mevrouw is terug gegaan naar betreffende orthodontist. Het daar voorgestelde behandelplan had zij echter weinig vertrouwen in. Het volgende heb ik geconstateerd:
- Agenetische 14, 12, 22, 24, 35, 45
- 13 en 23 zijn orthodontisch verplaatst naar regio 12 en 22
- Aanwezige 63 die verloren te beschouwen is
- Mediaanlijn verschuiving bovenfront
- Diastemen in het bovenfront
- Kipping van de 36 door afwezige 35
- Steilstand front
- Diepe beet
- Discrepantie in gingivaniveau bovenfront"
- 4.2. In aanvulling op hetgeen de tandarts-implantoloog heeft verklaard, stelt verzoekster dat bij haar vijf elementen ontbreken. Van de tandarts-implantoloog heeft verzoekster begrepen dat zij in aanmerking komt voor een vergoeding ten laste van de zorgverzekering indien vier elementen ontbreken of ten minste twee elementen in één kwadrant dan wel één voortand. Aangezien de genoemde situaties bij verzoekster aan de orde zijn, meent zij aanspraak te kunnen maken op een vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat het erom gaat hoeveel tanden ontbreken en niet of het ontbreken van deze tanden functievervalsproblemen veroorzaken.


 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 behandelend tandarts-implantoloog heeft namens verzoekster begin 2017 een aanvraag gedaan voor diverse tandheelkundige en orthodontische behandelingen. Gebleken is dat verzoekster zich bij deze tandarts-implantoloog heeft gemeld in verband met klachten over de stand van haar tanden. Eerder heeft verzoekster ook een orthodontische behandeling gehad die zij echter om haar moverende reden voortijdig heeft beëindigd. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat voor deze orthodontische behandeling bij hem geen aanvraag is ingediend en ook geen kosten zijn gedeclareerd.

 5.2. Uit het behandelplan van de tandarts-implantoloog volgt dat bij verzoekster sprake is van een agenesie van zes elementen die is te corrigeren naar vijf. Na de eerdere orthodontische correctie resteert een diasteem ter hoogte van de 35 en bij verlies van de nog aanwezige melkhoektand, een diasteem ter hoogte van de 23. Gelet op het overgelegde behandelplan en hetgeen de tandheelkundig adviseur heeft vastgesteld op het spreekuur, is de ziektekostenverzekeraar van mening dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van een:


- a. diepe traumatische palatumbeet met aantoonbare parodontale schade en/of
- b. laterognathie met ernstige aantoonbare asymmetrie van het gelaat en/of als gevolg van de vijf agenesieën
- c. een malocclusie gepaard gaande met ernstige objectieveerbare functievervalsproblemen.

 5.3. Naast het voorgaande geldt dat bij de beoordeling van alle informatie uit het behandelplan, de aanvraag van de zorgaanbieder en het spreekuurbezoek niet is gebleken van een ernstig functievervalsprobleem zodat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor vergoeding van de kosten terecht heeft afgewezen.


 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat naast het ontbreken van een bepaald aantal tanden ook sprake moet zijn van functievervalsproblemen. Tijdens het bezoek van verzoekster aan de tandheelkundig adviseur blijkt niet dat bij haar gesproken kan worden van functievervalsproblemen.

 5.5. 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.22. 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 is gehouden 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 in de artikelen B.1. e.v. van de zorgverzekering.

8.3. De artikelen B.12.1. en B.12.2. van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg in bijzondere gevallen bestaat en luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

"B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg in bijzondere gevallen is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel hebt; en/of

- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of

- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder deaandoening zou hebben gehad.

(...)

"B.12.2. Tandheelkundige implantaten in bijzondere gevallen

Zorg: waar hebt u recht op?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden; en

- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel hebt zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

(...)"

8.4. Artikel B.12.3. regelt de aanspraak op orthodontie en luidt als volgt:

"B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

Zorg: waar hebt u recht op?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in artikel B.12.1.; en

- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige zorg noodzakelijk is. (...)"

8.5. De artikelen B.12. en B.13. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. 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. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. 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.

8.7. 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.

8.8. In het Vergoedingenoverzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering is ten aanzien van tandheelkundige en orthodontische hulp het volgende opgenomen:

"Mondzorg: maximaal € 450,- per jaar voor onderstaande zorg samen

- Periodieke controle (C11) 100%

- Overige mondzorg 75%

Mondzorg bij ongevallen maximaal € 10.000,- per ongeval

Orthodontie (gebitsregulatie):

- Voor verzekerden tot 22 jaar 80% tot maximaal € 2.045,- in de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent

- Voor verzekerden vanaf 22 jaar 80% tot maximaal € 345,- in de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent"


9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Voorop gesteld dient te worden dat de tandheelkundige behandeling, waaronder het aanbrengen van implantaten, en de orthodontische behandeling moeten worden beschouwd als twee verschillende verzekerde prestaties die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld. Op het punt van de tandheelkundige behandeling geldt dat de zorgverzekering, op grond van artikel B.12.1. dekking biedt voor bijzondere tandheelkunde, zoals het aanbrengen van implantaten, indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. In



de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel B.12. van de zorgverzekering, wordt uiteengezet dat hierbij dient te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.

- 9.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat bij haar een aantal elementen ontbreekt zodat gesproken kan worden van oligodontie. Dienaangaande overweegt de commissie dat oligodontie in het kader van de bijzondere tandheelkundige hulp eerst aan de orde is indien zes of meer elementen ontbreken. Ontbreken minder dan zes elementen, dan spreekt men van hypodontie. In geval van hypodontie bestaat geen (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Vast staat dat in de situatie van verzoekster aanvankelijk zes elementen ontbraken, en na de uitgevoerde correctie nog vijf, zodat thans niet (meer) kan worden gesproken van oligodontie.
- Ook anderszins is niet komen vast te staan dat bij verzoekster een van de in de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv met name genoemde indicaties aan de orde is. Voorts is geen sprake van een situatie die hiermee in ernst vergelijkbaar is. Een indicatie als bedoeld in artikel B.12.1. van de zorgverzekering ontbreekt derhalve.
- 9.3. Op grond van artikel B.12.3. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een implantaatbehandeling in het geval van een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Die situatie doet zich bij verzoekster niet voor. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op de aangevraagde tandheelkundige behandeling.
- 9.4. Waar het de orthodontische behandeling betreft, geldt dat een dergelijke behandeling op grond van artikel B.12.3. van de zorgverzekering onder de dekking kan vallen indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde, waarbij tevens medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige nodig is. Een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde is aanwezig in geval van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel. Gelet op de Nota van Toelichting bij het Bzv is de aanspraak op orthodontie beperkt tot de tandheelkundige aandoeningen waarop de bijzondere tandheelkunde betrekking heeft. Het gaat daarbij om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking dan wel een vergelijkbare zeer ernstige afwijking. In dat kader is voor de inhoud en omvang van mondzorg in de zorgverzekering aansluiting gezocht bij de toenmalige Regeling Tandheelkundige hulp Ziekenfondsverzekering. De vroegere Ziekenfondsraad heeft een 'indicatieve lijst' opgesteld van die gevallen waarin een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig is.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat bij verzoekster geen sprake is van (i) een diepe traumatische palatumbeet met aantoonbare parodontale schade en/of (ii) laterognathie met ernstige aantoonbare asymmetrie van het gelaat en/of als gevolg van vijf agenesieën en (iii) malocclusie gepaard gaande met ernstige objectiveerbare functiestoornissen. Verzoekster heeft daartegen aangevoerd dat bij haar een situatie aan de orde is die eveneens voorkomt op deze lijst (namelijk "oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren"). Uit het verslag van het bezoek van verzoekster aan de tandheelkundig adviseur blijkt dat ook de ziektekostenverzekeraar van mening is dat bij verzoekster ten minste vijf elementen ontbreken. Het vóórkomen van een indicatie op de lijst betekent echter niet dat automatisch aanspraak bestaat. Daartoe is namelijk vereist dat de aandoening van het tand-kaak-mondstelsel leidt tot een objectiveerbare functiestoornis. Gelet op het feit dat het aan verzoekster is haar stelling te onderbouwen, hetgeen zij evenwel achterwege heeft gelaten, is de commissie van oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat bij verzoeker sprake is van een ernstig functieprobleem als gevolg van de ontbrekende elementen en dat de aangevraagde orthodontische behandeling is aangewezen om dit probleem op te lossen.
- 9.6. Ten overvloede merkt de commissie op dat volgens artikel 2.7 Bzv tevens de eis geldt van medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige. Aangezien in dit geval enkel een tandarts-implantoloog en een orthodontist bij de behandeling zijn betrokken, kan niet worden gesproken van een multidisciplinaire behandeling. Daarom is de commissie van




oordeel dat verzoekster ook om die reden geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de orthodontische zorg, ten laste van de zorgverzekering.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.7. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 75 percent van de kosten tot maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar. Daarnaast bestaat ter van zake van orthodontische hulp (gebitsregulatie) aanspraak op een vergoeding van 80 percent van de kosten tot maximaal € 345,- gedurende de hele looptijd van de verzekering. Partijen verschillen over deze vergoedingen niet van mening.
- 

Conclusie

- 
- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 januari 2018,











P.J.J. Vonk