



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar UA en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten, kronen

Zaaknummer : 201701251

Zittingsdatum : 7 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(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) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide 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 was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, bestaande uit het aanbrengen van twee implantaten ter plaatse van de elementen 15 en 25 met daarop kronen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 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 23 mei 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 8 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 20 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 december 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 28 december 2017 en 30 januari 2018 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 21 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 15 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017058135) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat agenesie van twee kleine snijtanden geen indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp oplevert. Verder stelt het Zorginstituut vast dat in de onderhavige situatie de agenesie niet is behandeld met implantaatgedragen kronen, maar met orthodontie. Orthodontie wordt niet genoemd in de betreffende regelgeving. Wat overblijft zijn diastemen buiten het front. Hierop is artikel 2.7, zesde lid, Bzv niet van toepassing. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 januari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 7 februari 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 14 februari 2018 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 orthodontist heeft op 31 mei 2017 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"(...) Er is bij deze behandeling dus gekozen voor verschuiving van de diastemen ten gevolge van de agenesieën naar het posteriore, niet-zichtbare bereik. De reden voor deze behandelwijze lag in het feit dat er tegenwoordig in toenemende mate bedenkingen bestaan bij de plaatsing van implantaten in het zichtbare frontbereik. Met name de lange termijn ontwikkeling laat in toenemende mate problemen zien op het gebied van langzaam optredende infrapositie van de implantaten ten opzichte van de buurelementen. Om deze problemen te voorkomen is er hier dus gekozen voor het behoud van natuurlijke elementen in het zichtbare bovenfront en de toekomstige implantaten naar het minder zichtbare posteriore bereik te verplaatsen. Omdat er hier sprake is van diastemen die weliswaar iets verder naar posterior liggen maar het gevolg zijn van agenesieën in het bovenfrontbereik wil ik u in deze situatie vragen om machtiging te verlenen voor vergoeding van de implantaten vanuit de basisverzekering; (...)"*
- 4.2. Verzoekster mist in haar bovenkaak in aanleg vier elementen, waaronder de tweede linker en rechter snijtanden (elementen 12 en 22). Teneinde de ruimtes aan de voorzijde van het gebit te vullen, heeft de orthodontist destijds de hoektanden en eerste kiezen van verzoekster naar voren verplaatst. Hierdoor zijn gaten ontstaan achter haar eerste kiezen (elementen 15 en 25), die moeten worden opgevuld met implantaten voorzien van kronen. Verzoekster ondervindt veel hinder van de huidige situatie. Zo durft zij zonder een hand voor de mond niet te lachen en moet zij altijd een nachtbeugel dragen om te voorkomen dat de verplaatste tanden en kiezen weer naar achteren schuiven.

4.3. In haar zoektocht naar informatie over implantaten is verzoekster op een stuk gestuit over de miljoenennota uit 2016, waarin wordt vermeld dat indien tanden in het front in aanleg ontbreken, de kosten van het aanbrengen van implantaten tot de leeftijd van 23 jaar worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

Verzoekster heeft weliswaar een aanvraag gedaan voor implantaten ter plaatse van de elementen 15 en 25, maar de oorzaak van het probleem zijn juist de ontbrekende snijtanden in het front van haar kaak (elementen 12 en 22). De ziektekostenverzekeraar stelt dat geen vergoeding mogelijk is in het kader van fronttandvervanging, aangezien de ontbrekende fronttanden inmiddels door orthodontie zijn gecorrigeerd. Dit zou betekenen dat als de orthodontist destijds had besloten de hoektanden en kiezen naar achteren te plaatsen in plaats van naar voren, de onderhavige behandeling wél zou zijn vergoed. Dit was voor verzoekster evenwel geen optie, aangezien zij dan van haar veertiende tot achttiende jaar enorme gaten naast haar voortanden zou hebben gehad. Bovendien zou de orthodontist in dat geval tegen de adviezen en werkwijze van de eigen beroepsgroep zijn ingegaan. De orthodontist heeft namelijk verklaard dat zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat implantaten in het front worden geplaatst, omdat daardoor op de lange termijn meer problemen kunnen ontstaan. De orthodontische behandeling was dan ook enkel ter voorbereiding op het einddoel en betrof niet een op zichzelf staande behandeling.

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 tandheelkundige afwijking bij verzoekster is weliswaar vervelend, maar deze is niet aan te merken als een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel. Er is geen ernstig functieprobleem vergelijkbaar met oligodontie of schisis. Tevens is bij verzoekster geen sprake van een lichamelijke of geestelijke aandoening of een medische behandeling die zonder de mondzorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

Verzoekster voldoet op grond van bovenstaande niet aan de voorwaarden voor bijzondere tandheelkundige waardoor geen vergoeding kan plaatsvinden vanuit de zorgverzekering.

5.2. Voorts is geen vergoeding mogelijk in het kader van fronttandvervanging voor verzekerden tot 23 jaar. Bij verzoekster waren in eerste instantie twee fronttanden niet aangelegd. Ter behandeling van de ontbrekende fronttanden zijn verschillende methoden mogelijk, zoals een prothetische, implantologische of orthodontische behandeling. Bij verzoekster is destijds gekozen voor de laatstgenoemde methode, waardoor het probleem van de ontbrekende fronttanden werd opgelost. De hierdoor ontstane openingen elders in de kaak, kunnen niet worden verholpen in het kader van fronttandvervanging, aangezien geen sprake (meer) is van vervanging van de ontbrekende snijtanden.

5.3. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten van controles (C11) voor 100 percent en de overige mondzorg (inclusief kronen, bruggen, inlays, gebitsprothesen en implantologie) voor 75 percent, tot een maximum van totaal € 450,-- per jaar. Deze vergoeding dekt althans een gedeelte van de onderhavige kosten.

5.4. 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.27. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.12.1. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"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 de aandoening zou hebben gehad; (...)"

8.4. Artikel B.12.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige implantaten in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"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; (...)"

8.5. Artikel B.14. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg vanaf 18 jaar bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

(...)

d. voor verzekerden tot en met 22 jaar: vervangen van tanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u deze tanden mist als direct gevolg van een ongeval voor uw 18e jarige leeftijd; (...)"

- 8.6. De artikelen B.12.1., B.12.2. en B.14. 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).
- 8.7. 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.
- 8.8. 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.
- 8.9. Artikel D.8.2. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op kronen, bruggen en inlays en luidt, voor zover hier van belang:
- "Zorg: waar hebt u recht op?**
Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen en inlays die door een tandarts vervaardigd zijn. Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht; (...)"
- 8.10. Artikel D.8.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op een gebitsprothese en implantologie en luidt, voor zover hier van belang:
- "(...) c. implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed. Bij alle genoemde vergoedingen gaat het om de tandheelkundige prestaties en bijbehorende materiaal- en techniekkosten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht; (...)"*
- 8.11. In het Vergoedingen Overzicht 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%"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel B.12.2 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op 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 had voorgedaan. Gelet op de ontstaansgeschiedenis van het aan artikel B.12.2 van de zorgverzekering ten grondslag liggende artikel 2.7 Bzv, zoals verwoord in de Nota van toelichting, kan hierbij met name worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Bij verzoekster is geen van de genoemde indicaties aan de orde. Het ontbreken van de twee kleine snijtanden vormt geen (verzekerings)indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde.
- 9.2. Op basis van artikel B.12.2. van de zorgverzekering is voorts een (verzekerings)indicatie voor implantaten aanwezig in geval van een ernstig geslonken tandeloze kaak waarbij het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. Deze situatie doet zich bij verzoekster niet voor.
- 9.3. Voorts biedt de zorgverzekering op grond van artikel B.14. aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige implantaten indien één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd of indien deze tanden vóór de achttienjarige leeftijd verloren zijn gegaan als gevolg van een ongeval. Vast staat dat bij verzoekster de twee kleine snijtanden in de bovenkaak niet waren aangelegd. De agenesie is vervolgens niet behandeld met implantaatgedragen kronen in het front, maar door middel van een orthodontische behandeling, waarbij naastliggende elementen naar voren zijn verplaatst en diastemen zijn ontstaan ter hoogte van de 15 en 25. Deze liggen buiten het front. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 15 januari 2018, is hierop artikel 2.7, zesde lid, Bzv - dat aan de basis ligt van voornoemd artikel B.14. - niet van toepassing. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat verzoekster noch op grond van artikel B.12 noch op basis van artikel B.14 van de zorgverzekering voor de aangevraagde behandeling in aanmerking komt.
- 9.4. Het argument van verzoekster dat de noodzaak tot het aanbrengen van de implantaten zijn oorsprong vindt in de agenesie van de frontelementen en ook thans de grondslag voor de vergoeding dient te zijn, overtuigt niet. Door de destijds volgens de beroepsgroep juiste keuze voor een orthodontische behandeling is de agenesie in het front opgeheven. Daarmee is ook de aanspraak op het aanbrengen van implantaten op basis van artikel B.14. van de zorgverzekering vervallen, omdat hiervoor geen (verzekerings)indicatie meer bestaat. Door de orthodontische behandeling zijn diastemen op een andere plaats ontstaan; het verhelpen hiervan komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, op grond van de artikelen D.8.2. en D.8.3., aanspraak op vergoeding van de kosten van controles voor 100 percent en de overige mondzorg voor 75 percent, tot een maximum van totaal € 450,- per jaar. Partijen zijn hierover niet verdeeld.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 februari 2018,



A.I.M. van Mierlo

