



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten, oligodontie

Zaaknummer : 201701799

Zittingsdatum : 6 juni 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en 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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand** 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 verzekeringen Aanvullend** en Extra Aanvullend Bouwnijverheid zijn niet in geschil en blijven verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tandheelkundige behandeling, bestaande uit het aanbrengen van twee implantaten met hierop te bevestigen kronen. (hierna: de aanspraak). Via het machtigingsportaal heeft de ziektekostenverzekeraar op 11 augustus 2017 kenbaar gemaakt dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd en een nieuwe aanvraag ingediend. Via het machtigingsportaal heeft de ziektekostenverzekeraar de nieuwe aanvraag op 3 oktober 2017 afgewezen en tevens kenbaar gemaakt dat hij zijn eerdere beslissing handhaaft.
- 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 18 januari 2018 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 maart 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 april 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Vervolgens heeft verzoeker op 25 mei 2018 schriftelijk meegedeeld af te zien van horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 april 2018 medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar op 29 mei 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens af te zien van horen.
- 3.8. Bij brief van 27 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 23 april 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018015656) 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 verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 april 2018 aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend tandarts heeft op 26 mei 2017 over verzoeker het volgende verklaard:
"Bij deze patiënt zijn de 34, 32, 42 en 44 agenetisch en gaan helaas de pijlers van de etsbrug (31 en 41) verloren door endodontische problemen (veroorzaakt door preparatie van de onderincisieven in het verleden om retentie van de etsbruggen te vergroten). Daar door de agenesiën ook sprake is van onderontwikkeling van de mandibulae (symfyse) is augmentatie vooraf geïndiceerd. De aanvraag betreft het vervaardigen van een 4-delige brug in de onderkaak op implantaten."
- 4.2. De betreffende aanvraag van 30 juni 2017 is op 11 augustus 2017 afgewezen met als reden:
"De indicatie narcose is niet conform de geldende beroepsstandaard (artikel 2.1, lid 2 Bzv)."
Verzoeker betwist echter dat in het kader van de voornoemde aanvraag aanspraak is gemaakt op een behandeling met narcose. Daar komt bij dat verzoeker functioneel strategische elementen mist, waardoor hij zonder meer aanspraak heeft op vergoeding van een implantaatbehandeling.
- 4.3. Verzoeker 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 de zorgverzekering bestaat dekking voor de kosten van bijzondere tandheelkunde, waaronder het aanbrengen van implantaten, indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en zonder een behandeling geen tandheelkundige functie kan worden behouden of verworven, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die men had gehad zonder de aandoening.
- 5.2. Er bestaat aanspraak op de aangevraagde behandeling, indien zes of meer blijvende tanden en/of kiezen van nature niet aanwezig zijn (agenesie), waarbij de verstandskiezen niet worden meegerekend. In die situatie is sprake van oligodontie. Bij verzoeker ontbreken vier elementen. Functioneel zelfs maar twee, omdat de diastemen bij de 24 en 44 door middel van een orthodontische behandeling zijn gesloten. De twee ontbrekende elementen leiden niet tot een zodanig ernstig functieprobleem dat dit een verzekeringsindicatie oplevert. Het verlies van de pijlerelementen (31 en 41) maakt dit niet anders. Het aantal agenetische elementen blijft namelijk

gelijk. Er is bij verzoeker sprake van een verworven afwijking, waarbij het verlies van elementen door ontstekingen geen aanspraak geeft op bijzondere tandheelkunde.

5.3. De stelling van verzoeker dat het missen van functioneel strategische elementen per definitie aanspraak geeft op bijzondere tandheelkunde, wordt door de ziektekostenverzekeraar niet onderschreven. Aanvaarding van die stelling zou immers betekenen dat elke tandeloze kaak aanspraak geeft op bijzondere tandheelkunde, maar dit is niet het geval.

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 18.4 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 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 1 tot en met 40 van de zorgverzekering.

8.3. De artikelen 10 en 12 van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat een implantaatbehandeling, onderscheidenlijk bijzondere tandheelkunde, en luidt, voor zover hier van belang:

"10.1 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn voor een uitneembare volledige prothese (klikgebit) inclusief de drukknoppen of staaf (het kliksysteem dat vastzit aan de implantaten). Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten die u laat plaatsen, dienen ter bevestiging van de uitneembare prothese (klikgebit).

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op implantaten

1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of tandartsimplantoloog u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts of tandarts-implantoloog.

3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

(...)

12. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

a als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;

b als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;

c als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

(...)"

- 8.4. De artikelen 10 en 12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1, Algemene voorwaarden basisverzekeringen, van de zorgverzekering 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. 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.
- 8.6. 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. In het deel 'Vergoedingen Aanvullend Tand 1, 2, 3 en 4 sterren' is de aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder geregeld. Hierin staat, voor zover van belang:

"Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een Aanvullend Tand 1, 2, 3, of 4 sterren afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Een tandtechnicus kan een reparatie uitvoeren zoals hieronder omschreven onder 'Vergoeding kosten tandtechnicus'.

Gaat u naar een tandarts? Dan vergoeden wij 100% van de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), tandvleesbehandelingen (codes T21 en T22), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes).

Vergoeding kosten overige behandelingen

Heeft u een Aanvullend Tand met 1, 2 of 3 sterren? Dan vergoeden wij de kosten van overige behandelingen voor maximaal 75%. Als u een Aanvullend Tand met 4 sterren heeft, is dat 100% (...)

Aanvullend Tand 2 sterren

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, de codes T21 en T22, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De zorgverzekering biedt op grond van artikel 12 dekking voor bijzondere tandheelkunde, waaronder 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-kaakmondstelsel, waarbij de tandheeskundige zorg noodzakelijk is om een tandheeskundige 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 12 van de zorgverzekering, wordt uiteengezet dat hierbij dient te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met een gedeeltelijke resectie van kaakdelen.

9.2. Verzoeker heeft in dit kader aangevoerd dat bij hem sprake is van vier agenetische elementen en twee elementen verloren zijn gegaan door endodontische problemen, zodat kan worden gesproken van oligodontie. Dienaangaande overweegt de commissie dat oligodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde eerst aan de orde is indien zes of meer elementen van nature niet zijn aangelegd. Ontbreken minder dan zes elementen spreekt men van hypodontie. Hypodontie vormt geen (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Zoals uit de jurisprudentie van de commissie kan worden afgeleid, heeft het Zorginstituut in de functie van pakketbeheerder en adviseur van de commissie meermaals bevestigd dat dient te worden uitgegaan van de hiervoor gehanteerde criteria.

Anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen is geen sprake van oligodontie indien wel aangelegde elementen, door welke oorzaak dan ook, in een later stadium verloren gaan. Vast staat dat in de situatie van verzoeker vier elementen van nature niet zijn aangelegd en twee wel aangelegde elementen verloren zijn gegaan door endodontische problemen. In die situatie is geen sprake van oligodontie in de zin van de verzekeringsvoorwaarden.

Ook anderszins is niet komen vast te staan dat bij verzoeker één 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. Het verlies van frontale elementen door endodontische problemen levert geen (verzekerings)indicatie op, ook niet als de elementen functioneel strategisch zijn, zoals in dit geval, nu zij (tevens) dienen als pijlers voor bruggen. Verzoeker heeft overigens in het verleden een tandheeskundige en een orthodontische behandeling ondergaan, waardoor (een deel van) de functieproblemen als gevolg van de agenesie reeds is verholpen. Van een (verzekerings)indicatie zoals bedoeld in artikel 12, onder a, van de zorgverzekering is derhalve niet gebleken.

9.3. In artikel 12, onder b en c, van de zorgverzekering is opgenomen dat tevens aanspraak bestaat op bijzondere tandheelkunde, indien een verzekerde een medische behandeling dient te ondergaan, die zonder tandheeskundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben, of indien een verzekerde bekend is met een extreme angst voor tandheeskundige behandelingen. Hiervan is in de situatie van verzoeker echter geen sprake.

- 9.4. Op grond van artikel 10 van de zorgverzekering bestaat daarnaast aanspraak op een implantaatbehandeling in geval van een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Die situatie doet zich bij verzoeker niet voor. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op de aangevraagde tandheelkundige behandeling.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van tandheelkundige behandelingen tot een maximum van € 500,- per persoon per kalenderjaar. Partijen verschillen over deze vergoeding niet van mening.

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, 6 juni 2018,

G.R.J. de Groot