



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, dento-alveolair defect
Zaaknummer : 201800220
Zittingsdatum : 29 augustus 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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (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 IZA Extra Tand 3 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 IZA Extra Zorg 3 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een tandheelkundig behandeltraject, onder andere bestaande uit meerdere wortelkanaalbehandelingen en het aanbrengen van kroonverlengingen en vullingen (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan verzoeker medegedeeld dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker op 20 februari 2018 schriftelijk medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij e-mailbericht van 28 april 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 6 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juni 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 juni 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 juni 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 8 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 4 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018029301) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige zorg. In casu is geen sprake van een dento-alveolair defect. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 augustus 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 29 augustus 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 3 september 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 4 september 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.
- 3.12. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op het door verzoeker gedane, en door hem ter zitting nader toegelichte voorstel. Bij brief van 13 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend tandarts heeft bij verzoeker het volgende vastgesteld: *“U bent op uw kin gevallen en daarbij is de kaak dicht geklapt. U heeft hechtingen in de kin. Bij de val zijn er veel kiezen beschadigd. U heeft momenteel weinig gevoel. De kaak voelt dof.*
24, palatinale knobbel afgebroken tot op botniveau, horizontale wortelfractuur, pulpa ligt bloot
25, palatinale knobbel afgebroken tot op botniveau
26, distopalatinaal knobbel breuk, ongecompliceerd.
36, mesiobuccale knobbel afgebroken tot op botniveau, gecompliceerd, pulpa ligt bloot.
45, knobbelbreuk tot op botniveau, pulpa ligt bloot
46, knobbelbreuk tot op botniveau
44, palatinaal ongecompliceerde breuk.
14, gecompliceerde fractuur, afgebroken onder botniveau, pulpa bloot
15, gecompliceerde fractuur,

Behandelplan op korte termijn:

Losse fragmenten zijn verwijderd en tijdelijk afgedekt met composiet. (24, 25, 26, 36, 45 en 46) ongecompliceerde breuken worden blijvend hersteld met composiet. (26 en 44)
- 45 pulpa afgedekt met MTA, daarna gevuld met composiet

- 36 endo start

- 14, 15 endo start

Er is een CT vervaardigd, waarbij blijkt dat er geen verdere schade is ten opzichte van wat we tot op heden hebben geconstateerd."

- 4.2. Verzoeker heeft op 17 juni 2017 een fietsongeluk gehad waarbij hij ernstige schade heeft opgelopen aan zijn kin en gebit. Mede doordat verzoeker achterop de fiets zat is hij erg ongelukkig ten val gekomen. Uiteindelijk zijn in verzoekers kin zeven hechtingen geplaatst en zijn negen elementen in het gebit (ernstig) beschadigd geraakt. De tandarts van verzoeker heeft kort na het ongeval een behandelplan opgesteld om de schade te herstellen. Dit behandelplan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden waarna deze verzoeker telefonisch mededeelde dat enkel een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering mogelijk is.
- 4.3. Verzoeker is over de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar zeer teleurgesteld. Hij en zijn ouders zijn immers al geruime tijd bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Daar komt bij dat de schade aan het gebit is ontstaan uit een overmachtsituatie. Indien een verzekerde zijn arm of been breekt wordt het herstel nagenoeg volledig vergoed. Natuurlijk is het fijn dat er een vergoeding kan komen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar het gevolg is wel dat de behandeling over meerdere jaren dient te worden gespreid, hetgeen niet wenselijk is. Prettiger is als de behandeling binnen een tijdvak van een half jaar kan worden uitgevoerd. Om die reden stelt verzoeker voor dat hij de gehele behandeling in 2018 laat uitvoeren en dat hij de komende jaren bij de ziektekostenverzekeraar (aanvullend) verzekerd blijft op voorwaarde dat de ziektekostenverzekeraar de onderhavige kosten vergoedt ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat eigenlijk niet ter discussie staat of aanspraak bestaat op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Waar verzoeker met name een antwoord op wil krijgen is op de vraag of de ziektekostenverzekeraar akkoord kan gaan met het eerder gedane voorstel. Desgevraagd licht verzoeker toe dat het voorstel inhoudt dat hij gedurende vijf jaren bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd blijft en in deze periode geen nota's ter zake ter declaratie indient. Tot op heden heeft de ziektekostenverzekeraar hierop niet gereageerd.
- 4.5. 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 aanspraak op bijzondere tandheelkunde indien sprake is van (i) een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, of (ii) een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, of (iii) een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft, én het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan behouden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.
- 5.2. Bij verzoeker is geen sprake van één van de genoemde indicaties voor bijzondere tandheelkundige zorg. In het bijzonder betreft het hier geen blijvend dento-alveolair defect, omdat niet is gebleken dat er elementen inclusief de wortel en het omliggende kaakbot verloren zijn gegaan.
- 5.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat ter zake van tandheelkundige kosten aanspraak op een vergoeding van 100 percent met een maximum van € 1.000,-- per kalenderjaar.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het door verzoeker gedane voorstel intern zal moeten worden besproken en dat hij de over de uitkomst hiervan zal berichten. Bij brief van 13 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat hij, mede gelet op de precedentwerking, niet met het door verzoeker gedane voorstel instemt.

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 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 23 jaar voor vergoeding in aanmerking komt en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Bent u jonger dan 23 jaar? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. De noodzaak van deze zorg moet zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar hebt bereikt. (...)"

8.4. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 31. Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

31.1. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- 1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel hebt;*
- 2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
- 3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica. (...)"*

- 8.5. De artikelen 30 en 31 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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. Artikel 70 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan een (half)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);*
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.*

(...)

Vergoeding

(...)

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt op grond van artikel 30 voor verzekerden jonger dan 23 jaar aanspraak op vergoeding van de kosten van kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. De noodzaak van de zorg moet zijn vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Vast staat dat verzoeker ten tijde van het ongeval op 17 juni 2017 reeds 18 jaar oud was. Voorts heeft de onderhavige behandeling betrekking op de premolaren en de molaren en niet op de snij- en/of hoektanden zodat ook om die reden een beroep op artikel 30 van de zorgverzekering niet kan slagen.
- 9.2. Op grond van artikel 31.1, eerste lid, van de zorgverzekering bestaat aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen 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 het Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel 31 van de zorgverzekering, dient hierbij met name te worden gedacht aan schisispatiënten, oligodontiepatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Geen van deze indicaties is bij verzoeker aan de orde.
- 9.3. Uit een toelichting van het toenmalige College voor zorgverzekeringen (CVZ, thans: Zorginstituut Nederland) op mondzorg (te raadplegen via de website van het Zorginstituut) blijkt dat ook een blijvend dento-alveolair defect een verworven afwijking in de zin van artikel 2.7 Bzv vormt. Zoals de commissie eerder heeft overwogen (vgl. o.a. GcZ, 15 augustus 2012, 2011.0288) dient hierbij sprake te zijn van zowel het geheel of gedeeltelijk ontbreken van één of meer elementen (dentaal defect) als van schade aan een substantieel deel van het aangrenzende tanddragende kaakbot (botdefect). Ten aanzien van deze indicatie geldt tevens dat de situatie in ernst vergelijkbaar moet zijn met schisis.
- 9.4. Bij verzoeker is naar aanleiding van het ongeval weliswaar aanzienlijke schade ontstaan aan de verschillende elementen, maar van een dento-alveolair defect in de zin zoals hiervoor beschreven is geen sprake, aangezien niet is komen vast te staan dat ook schade aan een substantieel deel van het aangrenzende tanddragende kaakbot is ontstaan. Ook anderszins is niet gebleken dat bij verzoeker een aandoening bestaat, die in ernst is te vergelijken met de in de toelichting bij artikel 2.7 Bzv genoemde stoornissen of afwijkingen. Een en ander wordt onderschreven in het voorlopig advies van het Zorginstituut van 4 juli 2018 en is bevestigd met het definitieve advies van 4 september 2018.
- 9.5. Voorts is gesteld noch gebleken dat bij verzoeker sprake is van een niet-tandheelkundige aandoening waarvoor bijzondere tandheelkundige zorg noodzakelijk is dan wel van een medische aandoening waarvan de behandeling zonder voorafgaande tandheelkundige hulp aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben, zoals bedoeld in artikel 31.1, tweede respectievelijk derde lid, van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Tussen partijen is niet in geschil dat de aanvullende ziektekostenverzekering op grond van artikel 70 dekking biedt voor tandheelkundige zorg tot 100 percent van de kosten met een maximum van € 1.000,- per kalenderjaar.

- 9.7. Gezien het voorgaande concludeert de commissie dat verzoeker op grond van de zorgverzekering en, behoudens een bedrag van maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar, op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst. De commissie merkt nog op dat verzoeker heeft voorgesteld dat hij de gehele behandeling in 2018 laat uitvoeren en dat hij - bij wijze van tegenprestatie - de komende vijf jaren bij de ziektekostenverzekeraar (aanvullend) verzekerd blijft op voorwaarde dat de ziektekostenverzekeraar de onderhavige behandeling vergoedt ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Aangezien de ziektekostenverzekeraar het door verzoeker gedane voorstel bij brief van 13 september 2018 heeft verworpen, en de commissie niet bevoegd is te oordelen over een dergelijke - onverplichte - regeling in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, laat zij dit punt verder rusten.

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, 26 september 2018,

H.A.J. Kroon