



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Mondzorg, tandheelkundige behandeling na gecombineerde orthodontische/kaakchirurgische behandeling

Zaaknummer : 201500551

Zittingsdatum : 2 december 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
- 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 Basisverzekering (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 Module Tand tot € 250,- afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten modules Therapieën, Calamiteiten en Buitenland zijn niet in geschil en blijven daarom 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 ná een gecombineerde orthodontische/kaakchirurgische behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij een aanvraag heeft ontvangen voor bijzondere tandheelkunde, en dat deze aanvraag is afgewezen. Bij brief van 7 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een aanvraag is ontvangen voor bijzondere tandheelkunde met techniekkosten van conus- en onderframe. Verzoeker dient eerst een akkoordverklaring te ondertekenen, waarin hij bevestigt dat hij weet dat de kosten van de prothetische nabehandeling niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Na ontvangst van een dergelijke ondertekende verklaring zal de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een brief sturen waarin wordt vermeld welke prestatiecodes worden vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brieven van 25 november 2014 en 30 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.4. Bij brieven van 15 en 20 mei 2015 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 20 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 augustus 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Verzoeker heeft bij brief van 1 september 2015 gereageerd op voornoemde brief van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is op 15 september 2015 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 september 2015 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 november 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 15 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 oktober 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015113621) 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 ná de osteotomie en orthodontische behandeling geen indicatie meer heeft voor bijzondere tandheelkunde. De indicatie voor bijzondere tandheelkunde reikt namelijk tot het niveau van een orale functie die de verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie op 5 oktober 2015 een brief gestuurd. Een afschrift hiervan is op 9 oktober 2015 aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gestuurd.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Bij brief van 4 december 2015 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 10 december 2015 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 verzoeker
- 4.1. Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde van het St. Elisabeth Ziekenhuis heeft ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een behandeling. In de aanvraag is als diagnose vermeld: "Artikel 8a lid 1, Gecompliceerde tandheelkundige aandoening". De behandeling bestaat uit: (i) "herstel prothetische ruimte en kaakrelatie met BSSO, afsteuning edentate gebieden op spalk", (ii) "Conusframe bovenkaak als eerder vermeld (...)", en (iii) "onderframe op 2 korte implantaten met locator". Daarnaast heeft een tandtechniker in opdracht van het St. Elisabeth Ziekenhuis een kostenbegroting gemaakt voor de nabehandeling ten bedrage van € 6.097,42.

- 4.2. Verzoeker benadrukt dat het hier niet twee aparte behandelingen betreft, maar dat sprake is van één behandelplan. De kaakchirurg wil de operatie niet uitvoeren als er geen nabehandeling volgt, omdat de operatie in dat geval onvoldoende resultaat heeft. Verzoeker kan niet worden geholpen door een reguliere tandarts. Hij wijst erop dat volgens het Zorginstituut aanspraak bestaat op een osteotomie. Het gebitsherstel waar de ziektekostenverzekeraar het over heeft, is bij een dergelijke kaakoperatie vanzelfsprekend, aangezien het gebit hierdoor wordt gewijzigd.
- 4.3. Verzoeker heeft kauwproblemen en pijn als gevolg van een dubbele dwangbeet. Ook bijt verzoeker af en toe op zijn wang. Hij moet veel moeite doen om zijn eten goed te kauwen, hetgeen niet altijd lukt. Verzoeker heeft nu een plaatje in zijn mond, waaronder vaak ontstekingen ontstaan. Hij benadrukt dat het hier niet gaat om verfraaiing, maar om een noodzakelijke behandeling die hij niet had kunnen voorkomen.
- 4.4. Verzoeker kan de kosten van de nabehandeling niet zelf dragen. Daarom is hij sterk afhankelijk van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft uit verschillende bronnen vernomen dat de onderhavige kosten mogelijk op grond van een coulanceregeling kunnen worden vergoed. Daarom heeft hij hierop bij de ziektekostenverzekeraar een beroep gedaan. Hij was ervoor gewaarschuwd dat de ziektekostenverzekeraar het bestaan van een zodanige coulanceregeling zou ontkennen. Verzoeker heeft echter van diverse overkoepelende organisaties en patiëntenverenigingen vernomen dat hij aanspraak kan maken op een coulancevergoeding.
- 4.5. Bij brief van 1 september 2015 heeft verzoeker benadrukt dat geen sprake is van 'gewone' tandheelkundige hulp, maar van noodzakelijke hulp. De ziektekostenverzekeraar verschuilt zich achter de regels die door de overheid zijn vastgesteld. Verzoeker heeft een en ander nagevraagd bij de overheid, en hem is verteld dat de ziektekostenverzekeraar mag afwijken van de regels als dit noodzakelijk is. Het is volgens verzoeker een "regel om misverstanden te voorkomen". Daarnaast stoort het verzoeker dat er niets bekend is over de coulanceregeling, waarop hij is gewezen door het Zorginstituut. Het Zorginstituut is volgens verzoeker ook van mening dat de kosten die volgen op een osteotomie niet te dragen zijn voor verzoeker; daarom kan een beroep worden gedaan op de coulanceregeling.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker voornoemde argumenten herhaald. Hij heeft benadrukt dat hij erg veel last heeft van zijn gebit. Voorts heeft hij benadrukt dat de geplande kaakchirurgische ingreep en orthodontische behandeling niet kunnen worden uitgevoerd als de prothetische nabehandeling niet kan volgen. Ter aanvulling heeft hij aangevoerd dat hem niet eerder is verteld dat hij kampte met een scheefbeet. Vroeger werd dit niet onderkend. Was dit in het verleden anders geweest, dan zou een en ander met orthodontie zijn verholpen. De tandarts heeft voorgesteld alle elementen te trekken. Verzoeker zou dan een tijdje een gewone prothese moeten dragen om daarna in aanmerking te komen voor een implantaatbehandeling. De kaakchirurg achtte dit evenwel geen oplossing voor het probleem. Daarnaast gevraagd antwoordt verzoeker dat uit de vraag om een coulancevergoeding kan worden geconcludeerd dat door hem wordt erkend dat op grond van de polis geen vergoeding mogelijk is. Verzoeker heeft van een organisatie vernomen dat verzekeraars potjes aanhouden waaruit coulancevergoedingen kunnen worden verleend. Vanuit de organisatie is hem ook verteld dat verzekeraars het bestaan van coulanceregelingen altijd zullen ontkennen.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker toestemming verleend voor een osteotomie en bijbehorende orthodontie. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat als hij een verklaring ondertekent, waarmee hij erkent dat hij ervan op de hoogte is dat de kosten van de nabehandeling voor zijn rekening komen, aan hem een machtiging wordt verleend. In het e-mailbericht van 9 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat met voornoemde

machtiging toestemming wordt verleend voor twee uren bijzondere tandheelkunde, het studiemodel van de articulator en resectiekosten. De totale vergoeding zal in dat geval € 874,51 bedragen.

5.2. Verzoeker wenst een uitgebreide gebitsrehabilitatie te ondergaan. Deze rehabilitatie kan echter niet worden uitgevoerd vanwege de aanwezige kaakrelatie en de traumatische beet. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard zowel de kaakoperatie als de bijkomende orthodontie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hierdoor kan de uitgebreide rehabilitatie technisch gezien ook plaatsvinden. Door de osteotomie en orthodontie wordt verzoeker op een gelijkwaardig niveau gebracht als dat van een verzekerde bij wie de afwijking zich niet heeft voorgedaan. In het Bzv is in de eigen bijdrageregeling bepaald, dat een verzekerde in het kader van de bijzondere tandheelkunde een eigen bijdrage betaalt die gelijk is aan die welke hij verschuldigd zou zijn als de betreffende afwijking zich niet had voorgedaan. Verzoeker dient derhalve de rehabilitatie zelf te bekostigen.

5.3. Naar aanleiding van het voorleggen van het onderhavige geschil aan de commissie heeft de adviserend tandarts op 18 augustus 2015 een advies uitgebracht. De adviserend tandarts verklaart dat sprake is van een gebit met meerdere ontbrekende elementen en grote vullingen. Er is een klasse III kaakrelatie (vooruitgeschoven onderkaak) en scheefbijten (dwangbeet). Om de geplande prothetische rehabilitatie mogelijk te maken, is eerst behandeling van de klasse III en dwangbeet aangewezen, anders worden de te vervaardigen constructies in een verkeerde beet aangebracht. De rest van de behandeling bestaat volgens het behandelplan uit de vervaardiging van een conusprothese in de bovenkaak en een frame op twee korte implantaten met locators in de onderkaak.

Met het toezeggen van een machtiging voor de orthodontie en de bijbehorende kaakoperatie ten laste van de zorgverzekering, wordt het gebit qua kaakrelatie en qua stand van de resterende gebitselementen in die staat gebracht, waarin het duurzame gebitsherstel mogelijk wordt gemaakt. Dit neemt niet weg dat de gebitsrehabilitatie zelf (kronen, conusframe en implantaten) niet tot de aanspraak ten laste van de zorgverzekering behoort. Immers, het ontbreken van meerdere gebitselementen en de aanwezigheid van meerdere grote vullingen heeft geen relatie met de klasse III afwijking en de dwangbeet, en maakt uitgebreid herstel reeds noodzakelijk.

5.4. De wetgever heeft vorm en inhoud gegeven aan de zorgverzekering. Verzoeker is niet de enige verzekerde die te maken krijgt met zeer hoge kosten die voor eigen rekening blijven, omdat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering te weinig en/of geen dekking bieden. Er zijn ongetwijfeld meer verzekerden die zo'n groot bedrag niet zomaar kunnen opbrengen. Een coulancevergoeding in een dergelijk dossier zorgt voor een groot precedent. De ziektekostenverzekeraar acht dit een onwenselijke situatie, mede tegenover zijn overige verzekerden.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat zijn argumentatie is bevestigd door het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar doet niet aan coulanceregelingen, omdat de beoordeling dan te subjectief zou worden.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 20 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 verzoeker aanspraak heeft op de aangevraagde tandheelkundige behandeling ná een gecombineerde kaakchirurgische/orthodontische behandeling, 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 1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op vergoeding van kosten van 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. Artikel 12 van de zorgverzekering is volgens artikel 1.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. 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. Op grond van artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op maximaal € 250,- per kalenderjaar voor tandheelkundige hulp.

9. Beoordeling van het geschil

## Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op mondzorg voor volwassen verzekerden indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde, te weten 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 12 van de zorgverzekering, wordt toegelicht dat de bepaling betrekking heeft op bijvoorbeeld oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
- 9.2. Uit het dossier blijkt dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de bijzondere tandheelkunde aan verzoeker toestemming heeft verleend voor een osteotomie en een orthodontische behandeling. Hiermee wordt de problematiek van de klasse III kaakrelatie en de dwangbeet opgelost. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de behandeling die daarna moet volgen ook behoort tot de bijzondere tandheelkunde en dus ten laste van de zorgverzekering moet worden vergoed.
- 9.3. Door de osteotomie en orthodontie komt verzoeker in de situatie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Hij heeft hierna derhalve geen indicatie meer voor bijzondere tandheelkunde als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Reguliere tandheelkundige zorg voor volwassenen behoort niet tot de verzekerde prestaties. Daarom heeft verzoeker op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op de tandheelkundige behandeling die volgt op de osteotomie en orthodontische behandeling.

## Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van tandheelkundige hulp tot maximaal € 250,-- per kalenderjaar. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot een hogere vergoeding.

## Coulance

- 9.5. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

## 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, 16 december 2015,

P.J.J. Vonk