



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten, schade aan het gebit door een ongeval
Zaaknummer : 201601804
Zittingsdatum : 8 maart 2017



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen



IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna 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 IZA GezondSamenPolis Restitutie (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 IZA Extra Zorg 3 en IZA Extra Tand 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 behandelingen, bestaande uit het aanbrengen van implantaten en het plaatsen van een kroon (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 februari 2016 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 4 april 2016 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 18 december 2016 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 25 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 januari 2017 aan verzoekster gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 3 en 13 februari 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.



3.8. Bij brief van 31 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 13 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017005262) 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 15 februari 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster



4.1. De kaakchirurg heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *"De 12 verticaal botverlies op basis van parodontitis in het verleden, maar met name aan de distale zijde [ligt] het botniveau 5 mm boven de glazuur-cementgrens. De 11 is ongunstig gefractureerd en moet als verloren worden beschouwd. De 21 heeft een goed botniveau, een fractuur in het apicale deel, maar geen apicale ontsteking. Het element kan gecontroleerd worden en zonodig kan nog een endodontische behandeling worden uitgevoerd, desnoods met een apexresectie. Al met al lijkt de prognose van het element nog redelijk. De 22 laat geen pathologie zien".*



4.2. Verzoekster is in juli 2015 gevallen met de fiets. Door de val zijn onder andere twee voortanden gebroken en twee andere tanden en een kies ernstig beschadigd geraakt. Kort daarna hebben de tandarts en de kaakchirurg een begroting opgesteld om het gebit te herstellen. Deze begroting heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarna deze bij brief van 2 november 2015 de aanvraag heeft afgewezen. In januari 2016 heeft verzoekster dezelfde begroting nogmaals aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Daarop volgde van de ziektekostenverzekeraar een kopie van de eerdere afwijzende beslissing. Aangezien de ziektekostenverzekeraar niet een andere tekst heeft gebruikt, heeft verzoekster het gevoel dat niet serieus naar de begroting is gekeken.



4.3. Voorts wenst verzoekster te benadrukken dat zij door de schade aan het gebit nauwelijks kan bijten, zodat zij aangepast voedsel tot zich moet nemen. Daar komt bij dat het hebben van een goed gebit voor het werk van verzoekster als receptioniste erg belangrijk is.



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. Verzoekster heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkundige zorg indien sprake is van een zeer ernstige tandheelkundige handicap. Ook moet zonder deze uitgebreide, bijzondere tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunnen worden behouden of verworven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de handicap niet aanwezig was geweest. Uit de gegevens die de ziektekostenverzekeraar van de zorgaanbieder heeft ontvangen, is niet gebleken dat verzoekster een dergelijke handicap heeft.



5.2. De tandheelkundig adviseur heeft de aanvraag getoetst op basis van alle beschikbare stukken. Bij verzoekster is sprake van een verworven aandoening aan het gebit ten gevolge van een ongeval. Om in aanmerking te komen voor bijzondere tandheelkunde dient sprake te zijn van een dento-

alveolair defect. Bij verzoekster is weliswaar sprake van een dentaal defect, maar niet van een alveolair defect. De ziektekostenverzekeraar komt tot deze conclusie omdat bij verzoekster geen defect aan het kaakbot is opgetreden. Daarom heeft verzoekster geen aanspraak op bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering.

5.3. Verzoekster heeft ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vergoeding van 100 percent van de kosten van mondzorg tot maximaal € 500,-- per kalenderjaar.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 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 gehouden is de kosten van de onderhavige tandheelkundige behandeling te vergoeden, 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 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 30.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

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.

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-kaak-mondstelsel hebt. U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak 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.*

(...)"

- 8.4. Artikel 30.2 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.1 en 2.3 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. Artikel 69 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op vergoeding van 100 percent van de kosten van tandheelkundige zorg, zoals tandartsen plegen te bieden, tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 30.2 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op tandheelkundige zorg, waaronder het aanbrengen van implantaten en het plaatsen van kronen, 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 de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel 30.2 van de zorgverzekering, dient hierbij met name te worden gedacht aan schisispatiënten, oligodontiepatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
- 9.2. Uit een toelichting van het toenmalige College voor zorgverzekeringen (CVZ, thans: het Zorginstituut) 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, 2011.02889) 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. Bij verzoekster zijn weliswaar twee tanden en een kies beschadigd, maar van een dento-alveolair defect in de zin zoals hiervoor beschreven is niet gebleken, aangezien niet is komen vast te staan dat ook schade aan een substantieel deel van het aangrenzende tanddragende kaakbot is ontstaan.
- 9.3. Wat betreft de andere, in artikel 30.2 van de zorgverzekering genoemde (verzekerings)indicaties, kan het volgende worden opgemerkt. In de situatie van verzoekster kan niet worden gesproken van een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening waarvoor tandheelkundige zorg noodzakelijk is om de tandheelkundige functie te behouden of verwerven, gelijkwaardig

aan die welke zij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Hierbij moet in het bijzonder gedacht worden aan gedragswetenschappelijke begeleiding, medicamenteuze, intraveneuze en inhalatiesedatie en narcose. Voorts is gesteld noch gebleken dat verzoekster een medische behandeling moet ondergaan, welke behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Verzoekster heeft derhalve geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Artikel 69 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking op basis van 100 percent van de kosten van mondzorg tot maximaal € 500,-- per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 maart 2017,

A.I.M. van Mierlo