



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, vertegenwoordigd door D te E, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. beide te Tilburg

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, kronen, minderjarige

Zaaknummer : 201501846

Zittingsdatum : 16 december 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C: hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door D te E,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde 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 verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Uitgebreide Tandarts Collectief 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 aanvullende verzekering Comfortpakket is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 28 augustus en 9 oktober 2014 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 brieven van 23 december 2014 en 1 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 1 juli 2015 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 (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 oktober 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 oktober 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 december 2015 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 21 oktober 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 november 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015134258) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen voor zover het de R-codes en bijbehorende materiaal- en techniekkosten betreft, en toe te wijzen voor zover het de overige kosten betreft. Het Zorginstituut licht dit advies als volgt toe: *"Het betreft een minderjarige verzekerde, die bij een trauma onder meer gebitsschade heeft opgelopen. Uit de begroting blijkt dat op vier kleine kiezen (één rechtsboven, twee linksboven en één rechtsonder) wortelstiften en kronen worden geplaatst. Kronen op deze elementen maken geen deel uit van de reguliere aanspraak krachtens de Zorgverzekeringswet. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Uit de stukken van het dossier blijkt niet dat in casu zo'n indicatie aanwezig is. De R-codes (kronen en opbouwen), alsmede de materiaal-/techniekkosten vallen daarmee buiten de aanspraak. De overige codes vallen binnen de aanspraak, mits de verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen. Daarvan is in casu wel sprake."*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 17 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 29 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 verzoekster

- 4.1. Verzekerde heeft op 18 augustus 2012 een ongeval gehad waarbij hij op zijn kin is gevallen en hierbij zijn zowel beide kaakkopjes als enkele premolaren en molaren gebroken. Verzoekster is door de tandarts verwezen naar de kaakchirurg.
- 4.2. De kaakchirurg heeft op 11 september 2012 verklaard dat uit klinisch onderzoek is gebleken dat sprake is van een *"minimale pré-auriculaire palpatiegevoeligheid beiderzijds. Een evidente kiniaceratie à vue. Geen aanwijzingen voor fractuur van de onderrand van de mandibula. De maxilla, het zygoma en het os nasale zijn intact."* Verder verklaart de kaakchirurg het volgende: *"klinisch intra-oraal onderzoek: goed onderhouden dentitie; midlineshift onderkaak naar links. Geringe neiging verticale open beet. Afglijden occlusie. Röntgenonderzoek: bilaterale caput mandibulafractuur inclusief exarticulatie. Diagnose: hoge capitulumfractuur beiderzijds inclusief exarticulatie. Dientengevolge verstoorde occlusie. Beleid: in overleg wordt orthodontische apparatuur aangebracht. Er wordt gestart met een elastiektractie. Tot op heden is er een klasse*

Il elastiektractie inclusief verticale component in de frontstreek. Dit om de verkorte posterior facial hives zoveel mogelijk te corrigeren."

- 4.3. Verzoekster wijst erop dat de behandeling wordt gevraagd naar aanleiding van een ongeluk, en niet vanwege slechte mondzorg. Daarom moeten de kosten van de kronen en de hierbij behorende verrichtingen ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. De behandelend tandarts deelt de mening van verzoekster.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster samengevat dat sprake is geweest van een ongeval met ernstig tandletsel tot gevolg. In dit verband is een tandarts bezocht, en op diens advies is een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De kosten zouden volgens de tandarts worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, in het kader van de regeling inzake bijzondere tandheelkunde. Ter aanvulling heeft verzoekster aangevoerd dat volgens het Zorginstituut geen sprake is van een situatie als bedoeld in het betreffende artikel. De tandarts is evenwel een andere mening toegedaan. Uit het advies blijkt dat de A en V-codes moeten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, maar de R-codes niet. De ziektekostenverzekeraar had kunnen nagaan of de R-codes ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zouden kunnen worden vergoed. Verzoekster is van mening dat bij afwijzing van de aanvraag overleg had moeten plaatsvinden. Daarnaast gevraagd verklaart verzoekster dat zij primair vergoeding ten laste van de zorgverzekering vordert, en subsidiair vergoeding van de onderhavige kosten uit coulance.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzekerden jonger dan achttien jaar hebben op grond van artikel B.13 van de zorgverzekering aanspraak op het vervangen van elementen met niet-plastische materialen of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat indien één of meerdere snij- of hoektanden niet zijn aangelegd of ontbreken als direct gevolg van een ongeval. Dit is bij verzekerde evenwel niet aan de orde. Daarom heeft verzekerde op grond van dit artikel geen aanspraak op de aangevraagde behandeling.
- 5.2. Bijzondere tandheelkunde komt alleen ten laste van de zorgverzekering indien sprake is van:
"- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworpen afwijking van het tand-kaakmondstelsel; of
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of
- een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft;
en het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad".
Bovendien moet sprake zijn van een ernstige functiestoornis die is te vergelijken met bijvoorbeeld schisis.
- 5.3. De adviserend tandarts heeft het dossier meermaals bestudeerd en hieruit geconcludeerd dat verzekerde geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Na een trauma kan soms aanspraak bestaan op vergoeding van mondzorg ten laste van de zorgverzekering. Dit is alleen het geval als sprake is van een zogenoemd 'dento-alveolair defect'. Het gaat dan om verlies van het harde weefsel van één of meer tanden (een dentaal defect) en een substantieel deel van de aangrenzende tanddragende kaak (een botdefect). Dit botdefect dient in ernst vergelijkbaar te zijn met schisis. Bij verzekerde is weliswaar sprake van een botdefect, maar niet van een substantieel botdefect dat in ernst vergelijkbaar is met schisis.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de R-codes en bijbehorende techniekkosten, omdat geen sprake is van bijzondere tandheelkunde. Daarnaast gevraagd deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat hij op dit moment niet kan zeggen wat de vergoeding van de R-codes ten laste van de

aanvullende ziektekostenverzekering zal zijn, omdat hij niet weet wat er reeds is gedeclareerd en vergoed.

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 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 verzekerde aanspraak heeft op de aangevraagde tandheelkundige 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in Hoofdstuk B van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg tot achttien jaar bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. uit:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;*
- b. incidenteel tandheelkundig consult;*
- c. verwijderen van tandsteen;*
- d. aanbrengen van fluoride maximaal 2 keer per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (dus niet het melkgebit);*
- e. aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealingfissuurlak);*
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);*
- g. verdoving (lokale anesthesie);*
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);*
- i. restaureren (vullen) van tanden of kiezen met plastische materialen;*
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);*
- k. uitneembare gebitsprothesen;*
- l. vervangen van tanden met niet-plastische materialen en het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd, of die u mist als direct gevolg van een recent ongeval;*
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;*
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.*

Let op!

(...)

• De zorg omvat niet:
o kronen, bruggen en implantaten, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.) of als front-, snij- of hoektanden ontbreken als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet zijn aangelegd);
(...)"

8.4. Artikel B.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg voor alle leeftijden 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
- u een niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheeskundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheeskundige 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.
(...)"

8.5. De artikelen B.12 en B.13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv.

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 D.8.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op kronen, bruggen en inlays, en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen en inlays die door een tandarts vervaardigd zijn. Dit is inclusief de daarbij behorende tandheeskundige prestaties en materiaal- en techniekkosten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.
(...)"

In het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat 75 percent van de kosten van kronen (codes beginnend met "R") worden vergoed. De totale vergoeding van mondzorg bedraagt maximaal € 1.150,--.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzekerde was ten tijde van de ingediende aanvraag jonger dan achttien jaar. Reguliere mondzorg ten behoeve van verzekerden tot achttien jaar is geregeld in artikel B.13 van de zorgverzekering. In sub I van dit artikel is bepaald dat aanspraak bestaat op het vervangen van tanden met niet-plastische materialen (deze worden gedeclareerd met R-codes), die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen, als deze niet zijn aangelegd of als gevolg van een ongeval worden gemist. Bij de uitsluitingen is vermeld dat kronen niet onder de aanspraak vallen, tenzij sprake is van voornoemde situatie, of als sprake is van bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel B.12.1.
- 9.2. De ten behoeve van verzekerde aangevraagde behandeling heeft betrekking op de premolaren en molaren. Er is derhalve geen sprake van het ontbreken van snij- en/of hoektanden. De eerste uitsluiting van artikel B.13 is daarom van toepassing. Resteert de vraag of in het geval van verzekerde sprake is van bijzondere tandheelkunde.
- 9.3. Op grond van artikel B.12 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 de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel B.12 van de zorgverzekering, dient hierbij met name te worden gedacht aan schisispatiënten, oligodontiepatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
- 9.4. Bij verzekerde zijn genoemde (verzekerings)indicaties niet aan de orde. Ten aanzien van de indicatie dento-alveolair defect geldt dat de situatie in ernst vergelijkbaar moet zijn met schisis. Dit betekent dat het ongeval niet alleen moet hebben geleid tot schade aan één of meer elementen (dentaal defect), maar ook tot schade aan een groot deel van het aangrenzende tand-dragende bot. Bij verzekerde waren weliswaar de kaakkopjes gebroken, en elementen beschadigd, maar van een dento-alveolair defect in de zin zoals hiervoor beschreven, is niet gebleken.
- 9.5. Wat betreft de andere, in artikel B.12 van de zorgverzekering genoemde (verzekerings)indicaties, is in de onderhavige procedure gesteld noch gebleken dat hiervan bij verzekerde sprake is.
- 9.6. De eveneens op de begroting vermelde V- en A-codes zijn niet uitgesloten van vergoeding. Verzekerde heeft derhalve aanspraak op vergoeding van de verrichtingen met deze codes ten laste van de zorgverzekering.
- 9.7. Uit het bovenstaande volgt dat verzekerde geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde behandeling - voor zover het de kronen en bijbehorende materiaal- en techniekkosten betreft - ten laste van de zorgverzekering. De op de begroting vermelde A- en V-codes komen wel voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. Partijen zijn het erover eens dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van 75 percent van de kosten van verrichtingen met een R-code (onder

andere kronen) tot een maximum van € 1.150,--, voor zover dit maximum nog niet door eerdere uitkeringen - gedeeltelijk - is volgemaakt.

Coulance

- 9.9. 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

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de vergoeding van de A- en V-codes ten laste van de zorgverzekering betreft. Voor het overige dient het verzoek, voor zover het ziet op de zorgverzekering, te worden afgewezen. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzekerde aanspraak op vergoeding van 75 percent van de kosten van de verrichtingen met een R-code tot een maximum van € 1.150,--, voor zover dit maximum nog niet door eerdere uitkeringen - gedeeltelijk - is volgemaakt.
- 9.11. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, voor zover het de vergoeding van de A- en V-codes ten laste van de zorgverzekering betreft. Voor het overige dient het verzoek, voor zover het ziet op de zorgverzekering, te worden afgewezen. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzekerde aanspraak over vergoeding van de R-codes zoals bepaald in 9.10.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 13 januari 2016,

P.J.J. Vonk