



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, 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, indicatie, amelogenesis imperfecta

Zaaknummer : 201701755

Zittingsdatum : 20 juni 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

(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

- 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op tandheelkundige behandelingen, waaronder het vervangen van kronen, het door middel van een bindweefseltransplantaat de gingiva rond de 11 en 21, herstellen en het door middel van vier nieuwe kronen en vier facings herstellen van de esthetiek. Daarnaast heeft zij aanspraak gemaakt op een orthodontische behandeling om de gingivalijn van de bovenfrontelementen te herstellen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 november 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 brieven van 14 februari 2017 en 1 mei 2017 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 13 februari 2018 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 5 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 april 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 april 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 april 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon 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 10 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 8 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018021875) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet volgt dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 mei 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 juni 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Verzoekster is ter zitting in de gelegenheid gesteld een aanvullende verklaring op te laten stellen door haar behandelend tandarts. Van de geboden gelegenheid heeft verzoekster op 25 juni 2018 gebruik gemaakt. Een afschrift van de verklaring is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 10 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar op de verklaring gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisgeving aan verzoekster gestuurd.
- 3.12. Bij brief van 11 juli 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 12 juli 2018 medegedeeld dat dit niet het geval is en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft van kinds af aan een ernstige vorm van amelogenesis imperfecta, een erfelijke glazuuraandoening aan haar gebit. Zij vertoont alle symptomen die kenmerkend zijn voor deze aandoening, te weten een ernstige verstoring van de aanmaak van tandglazuur, een bovenmatige slijtage van tanden en kiezen, en een verhoogd risico op gaatjes. Daarnaast zijn de tanden en kiezen zeer ruw, met veel zwarte puntjes en rondom geel.
- Uit het patiëntendossier blijkt dat de betreffende aandoening zich met name concentreert in het bovenfront, waarbij overigens ook de rest van het gebit is aangetast. Op 20 mei 1996 schreef de toenmalig behandelend tandarts: "*amelogenesis imperfecta, bovenfront verkleurd en zeer ruwe oppervlak structuur*". Ter behandeling heeft deze tandarts destijds in eerste instantie gekozen voor het plaatsen van facings in het bovenfront. Hierover heeft de betrokken tandarts op 11 mei 2017 verklaard: "*In de periode december 1996 / januari 1997 heb ik bij [verzoekster] op de frontelementen 11, 12, 21 en 22 keramische facings geplaatst. Dit om de serieuze afwijking van het glazuur ten gevolge van amelogenesis imperfecta te herstellen, waardoor de frontelementen in functionele en esthetische toestand werden hersteld. In de jaren daarop volgend bleek de hechting van de*

facings aan het niet goed gevormde glazuur van dien aard dat na herhaaldelijk vastzetten is gekozen voor volledige kronen." Op aanraden van haar tandarts heeft verzoekster in 2004 besloten kronen te laten plaatsen in het bovenfront. Achteraf is gebleken dat de aandoening van verzoekster destijds niet op volledig juiste wijze is behandeld. Zoals uit de verklaring van 7 december 2016 van haar tandarts blijkt, veroorzaken de huidige kronen kauw- en tandvleesproblemen door een gebrekkige randaansluiting. Daarnaast is sprake van botafbraak rond de 11, die mogelijk met een orthodontische behandeling dient te worden gecorrigeerd.

- 4.2. Op grond van artikel B.12.1 van de zorgverzekering en artikel 2.7, eerste lid, Bzv bestaat aanspraak op de noodzakelijke mondzorg die moet worden verricht ter behandeling van amelogenesis imperfecta en de functieproblemen die deze aandoening veroorzaakt.
- 4.3. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat bij verzoekster geen sprake is van amelogenesis imperfecta van ernstige aard is niet nader gemotiveerd en wordt door verzoekster bovendien betwist. In haar patiëntendossier wordt immers meermalen beschreven dat verzoekster bekend is met deze aandoening. Daarnaast bestrijdt verzoekster dat de gewenste behandeling is aangevraagd om esthetische redenen. Uit de door de tandarts ingediende aanvraag volgt duidelijk dat verzoekster functieproblemen ervaart in verband met voornoemde aandoening en dat dit de reden is om de betreffende behandeling te willen ondergaan.
- 4.4. Het feit dat verzoekster in het verleden is behandeld in verband met haar aandoening staat niet eraan in de weg dat nog steeds aanspraak bestaat op de gewenste behandeling. Dienaangaande wijst verzoekster op de richtlijn van de toenmalige Ziekenfondsraad waaruit volgt dat wanneer een voorziening, die is geplaatst in het kader van de bijzondere tandheelkunde, niet meer voldoet een nieuwe voorziening in dat kader kan worden geplaatst indien de oorspronkelijke indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp ook op dat moment nog aanwezig is en ook de noodzaak tot uitgebreide hulp nog bestaat. Verzoekster is nog steeds bekend met amelogenesis imperfecta en de behandeling is noodzakelijk om (verdere) functieproblemen, als gevolg van deze aandoening, tegen te gaan. Daarnaast heeft onderzoek, dat is gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde, aangetoond dat bij amelogenesis imperfecta levenslange zorg noodzakelijk is met frequente vervanging van restauraties, waarbij het plaatsen van kronen een complicerende factor is, omdat door de betreffende aandoening de hechting van de kronen aan het gebit veel minder goed is dan bij tanden met een normaal glazuur.
- 4.5. Verder bepaalt artikel 2.1, tweede lid, Bzv dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. Met andere woorden: de beoordeling wat een adequate, noodzakelijke behandeling is, dient te gebeuren door een tandarts, naar de stand van de wetenschap en rekening houdend met de praktijk op dat moment en hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. De behandelend tandartsen in het verleden en heden hebben geoordeeld dat de aandoening van verzoekster van zodanig ernstige aard is dat ter behandeling kronen dienden te worden geplaatst, die nu moeten worden vervangen. Op deze oordelen dient de ziektekostenverzekeraar te vertrouwen. In dit kader acht verzoekster het bovendien onredelijk dat op haar nu een (extra) bewijslast rust en de ziektekostenverzekeraar de oordelen van de behandelend tandartsen zonder meer terzijde schuift.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij de afgelopen twintig jaar met regelmaat naar de tandarts is geweest, waarbij intensieve controles zijn uitgevoerd, mede in verband met de altijd aanwezige tandvleesproblemen. Hierdoor heeft zij een goede tandheelkundige functie kunnen behouden. Daarnaast heeft verzoekster het standpunt herhaald dat ten onrechte van haar wordt verwacht dat zij aantoont dat destijds sprake was van een 'ernstige' aandoening. Uit deze tijd zijn niet veel gegevens meer beschikbaar. Het is haar niet duidelijk waarom de verklaringen van haar tandarts hieromtrent niet afdoende zijn om dit te kunnen vaststellen.

- 4.7. Bij brief van 25 juni 2018 is door verzoekster nog het volgende aangevoerd. In 1997 heeft verzoekster een eerste ingrijpende behandeling ondergaan bij de tandarts. Er zijn toen facings geplaatst om de functionele problemen te herstellen als gevolg van een 'serieuze glazuurafwijking'. Vervolgens zijn kronen geplaatst, omdat de facings niet goed hechtten als gevolg van het niet goed gevormde glazuur. Eén en ander staat in de verklaring van de toenmalig tandarts. Ten behoeve van de kronen zijn de tanden in het bovenfront afgevild tot kleine luciferstokjes. Hierop zijn vervolgens de kronen geplaatst. Dit was een zeer ingrijpende en pijnlijke behandeling met veel nazorg. Verzoekster kan zich niet voorstellen dat een dergelijke behandeling lichtvaardig wordt uitgevoerd. Het advies om kronen te plaatsen zou dan ook niet zijn gegeven als de glazuuraandoening niet voldoende ernstig zou zijn geweest. Recent is door de behandelend tandartsen nogmaals bevestigd dat de amelogenesis imperfecta nog steeds aanwezig is, met als gevolg ernstige functieproblemen. Deze bestaan uit botafbreuk en een slechte aanhechting van de bestaande kronen. Dit heeft geleid tot vervanging van de kronen. De ernst van de aandoening is op 7 december 2016 door de behandelend tandarts omschreven. Bij amelogenesis imperfecta is constante zorg nodig, een leven lang. Jarenlang is verzoekster hiervoor dan ook onder behandeling geweest. De verklaringen van de tandartsen ter zake kunnen niet klakkeloos terzijde worden geschoven door de ziektekostenverzekeraar aan de hand van een eenmalig onderzoek door zijn adviserend tandarts, waarbij bovendien enkel is gekeken naar de gebitselementen waarop de behandelingsaanvraag niet ziet.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In artikel B.12.1 van de verzekeringsvoorwaarden is de aanspraak op mondzorg ten laste van de zorgverzekering geregeld. De aanspraak bestaat alleen wanneer aan de volgende voorwaarden is voldaan:
- er is een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel; of
 - er is een niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of
 - verzekerde krijgt een medische behandeling die zonder tandheeskundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft; én
 - zonder deze mondzorg kan het gebit de normale functie niet behouden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.
- 5.2. In de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv staat vermeld dat de inhoud en omvang van de mondzorg gelijk is aan hetgeen vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet was omschreven in de Regeling tandheeskundige hulp ziekenfondsverzekering. In de toelichting bij deze regeling stond dat het bij een indicatie voor bijzondere tandheeskundige hulp in beginsel gaat om, onder andere, de volgende aandoening:
- amelogenesis imperfecta van ernstige aard, dan wel een omvangrijke glazuuraantasting van niet-carieuze aard, tenzij sprake is van een ernstig gemutileerde tandboog.
- 5.3. Daarnaast geldt dat mondzorg, op grond van artikel A.3.2 van de zorgverzekering, alleen kan worden vergoed indien een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit betekent dat er een medische indicatie moet zijn voor de behandeling en dat het duidelijk moet zijn dat die behandeling in de betreffende situatie de meest passende is.
- 5.4. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag ingediend voor tandheeskundige en orthodontische zorg en waarbij is vermeld dat zij bekend is met amelogenesis imperfecta. In de betreffende aanvraag is echter niets opgenomen over de ernst van deze aandoening. Om dit te kunnen beoordelen heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie opgevraagd bij verzoekster en is zij uitgenodigd op het spreekuur van de adviserend tandarts. Uit de ontvangen informatie en de bevindingen van het spreekuur volgt dat bij verzoekster in het glazuuroppervlak van de onbehandelde elementen kleine putjes aanwezig zijn. Dit is echter niet aan te merken als

amelogenesis imperfecta van ernstige aard. Ook op de foto's is geen ernstige en omvangrijke glazuurafwijking te zien in de zijdelingse delen van het bovenfront.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij bereid is de situatie nogmaals voor te leggen aan zijn adviserend tandarts om nader te beoordelen wanneer (i) sprake is van 'ernstige' amelogenesis imperfecta en (ii) of dit bij verzoekster aan de orde is. Ook zal in de beoordeling worden betrokken dat in het verleden een ingrijpende behandeling heeft plaatsgevonden die niet zonder meer wordt uitgevoerd bij een minderjarige.

5.6. Bij brief van 10 juli 2018 is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat kan worden gesproken van amelogenesis imperfecta van ernstige aard, indien bij minimaal zes elementen sprake is van omvangrijke afwezigheid van tandweefsel én dit leidt tot een ernstig functieprobleem. Het betreft hier eventuele voortduring van de aanspraak, waarbij allereerst dient te worden bepaald of er in oorsprong aanspraak bestond in het kader van de bijzondere tandheelkunde. Dienaangaande merkt de ziektekostenverzekeraar op:

1. eerder(e) akkoord(en) in het kader van de bijzondere tandheelkunde zijn niet aantoonbaar / niet aanwezig;
2. aanwezig röntgenfotomateriaal brengt met betrekking tot (onbehandelde) elementen een duidelijke glazuurkap in beeld;
3. kleurenfoto's van elementen brengen glazuur met slechts kleine putjes in beeld;
4. hetzelfde beeld werd geconstateerd tijdens het spreekuurbezoek, waar ook kleine / ondiepe putjes in elementen onderfront te zien waren;
5. zie verder tekst in behandelhistorie (Exquies Tandzorg) bij datum 6 augustus 2018: *"ze heeft het hele bovenfront kronen gegeven omdat ze van de putjes in het glazuur af wilde en dit was de oplossing van de tandarts. Ze heeft het ook onder en ik heb mw gezegd dat we dan gewoon een dun laagje composiet kunnen aanbrengen daarvoor"*. En op 28 augustus 2009: *"heeft kronen in [he]t BF laten zetten bij haar vorige ta[ndarts] om esthetische redenen"*.

Verzoekster heeft ter zitting verklaard dat zij op 17-jarige leeftijd kronen heeft laten plaatsen. Dit is een zeer jonge leeftijd voor een dergelijke behandeling. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft hierover opgemerkt dat op die leeftijd geen kronen zijn geplaatst, maar facings, schildjes aan de voorkant van de tand. Verder merkt hij op dat de behandeling aan de achterkant van de tand blijkbaar niet noodzakelijk was. Hij vraagt zich daarbij af waarom er niet in een eerder stadium al een behandeling aan deze tanden heeft plaatsgevonden, als inderdaad sprake zou zijn geweest van amelogenesis imperfecta van ernstige aard bij de zes snijtanden in het bovenfront, aangezien deze tanden reeds op jonge leeftijd doorbreken.

5.7. 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.23. van de algemene voorwaarden 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 B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.12.1. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"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 tand-kaak-mondstelsel hebt; en/of

- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of

- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige 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. (...)"

8.4. Artikel B.12.3. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op orthodontie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in artikel B.12.1.; en

- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. (...)"

8.5. Artikel A.3.2. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt de inhoud en de omvang van zorg, waarop aanspraak kan worden gemaakt ten laste van de zorgverzekering en/of de aanvullende ziektekostenverzekering en luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen. In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en

- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en

- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.

Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt. (...)"

- 8.6. De artikelen A.3.2., B.12.1. en B.12.3. van de (algemene voorwaarden van de) zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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. Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.1, derde lid, Bzv is opgenomen dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.8. 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.
- 8.9. 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 tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. (...)"*
- 8.10. Artikel D.8.5. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op orthodontie en luidt, voor zover hier van belang:
- "Wij vergoeden orthodontie, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Daarbij geldt één van onderstaande punten:*

- *Maximumbedrag*

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld. (...)"

- 8.11. In het 'Vergoedingenoverzicht Jongeren 2016' is opgenomen op welke vergoeding aanspraak bestaat ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De betreffende passages luiden, voor zover hier van belang:

"Mondzorg:

Maximaal € 450,- per jaar voor onderstaande zorg samen.

- Periodieke controle (C11): 100%

- Overige mondzorg: 75%

(...)

Orthodontie (gebitsregulatie)

Maximaal € 350,- in de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel B.12.1., aanspraak op mondzorg in bijzondere gevallen 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. Tussen partijen is niet in geschil dat amelogenesis imperfecta van ernstige aard een (verzekerings)indicatie is voor bijzondere tandheelkunde. Wat partijen verdeeld houdt, is of hiervan bij verzoekster sprake is.
- 9.2. De commissie overweegt dat bij verzoekster in het verleden de diagnose amelogenesis imperfecta is gesteld en dat zij al dan niet ter behandeling hiervan tandheelkundige zorg heeft ondergaan. Dat destijds al sprake was van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde volgt niet uit de stukken in het dossier en is door verzoekster ook anderszins niet aannemelijk gemaakt. Verder merkt de commissie op dat sindsdien tandheelkundige behandelingen hebben plaatsgevonden, waardoor een nieuwe situatie is ontstaan. Zoals wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 8 mei 2018 was ten tijde van de onderhavige aanvraag geen (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig.
- 9.3. Wat betreft de orthodontische behandeling geldt dat een dergelijke behandeling op grond van artikel B.12.3 van de zorgverzekering onder de dekking kan vallen indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. De commissie overweegt dat is komen vast te staan dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde en reeds om die reden geen aanspraak kan maken op een orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. Ten overvloede merkt de commissie op dat volgens artikel B.12.3. van de zorgverzekering tevens de eis geldt van medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige. Gesteld noch gebleken is dat hiervan sprake is in de situatie van verzoekster, zodat zij ook om die reden geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. De verwijzing, door verzoekster, naar artikel 2.1, tweede lid, Bzv treft geen doel. Dat de zorg of andere dienst voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, of bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, geldt als verantwoorde en adequate zorg of dienst, heeft niet automatisch tot gevolg dat hierop ook kan worden gemaakt. Daarvoor moet tevens zijn voldaan aan de bepalingen

over de verzekerde prestaties zoals opgenomen in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv. Daarnaast zijn bepaalde vormen van zorg uitgesloten van vergoeding op grond van de Rzv. Voor zover al sprake is van een verzekerde prestatie, conform de voornoemde bepalingen in het Bzv en Rzv, volgt uit artikel 2.1, derde lid, Bzv dat de zorg tevens geïndiceerd en doelmatig moet zijn. Zoals hiervoor is overwogen heeft verzoekster geen (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde en orthodontie in bijzondere gevallen en kan zij om die reden geen aanspraak maken op de gewenste behandelingen ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van mondzorg tot maximaal € 450,- per jaar, waarbij de periodieke controle voor 100 percent wordt vergoed en overige mondzorg voor 75 percent. Daarnaast bestaat ter zake van orthodontie (gebitsregulatie) aanspraak op een vergoeding van maximaal € 350,- voor de gehele periode dat verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd. Partijen verschillen over deze vergoedingen 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, 29 augustus 2018,

G.R.J. de Groot