



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen AnderZorg N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten in verband met
ongeval, dento-alveolair defect
Zaaknummer : 201400453
Zittingsdatum : 17 december 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) AnderZorg N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- 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 verzekering Basis (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 Tand 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vervanging van twee voortanden door kronen op implantaten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 e-mailbericht van 11 juli 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 18 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 september 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Om redenen van proceseconomie heeft de commissie besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid, en tevens, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 23 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014123550) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar opdracht te geven zijn zorginhoudelijke oordeel nader te onderbouwen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 november 2014 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd een nadere onderbouwing te geven van zijn zorginhoudelijke oordeel. Bij brief van 20 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar hieraan voldaan. Een afschrift van deze reactie is aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 december 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 19 december 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 januari 2015 de commissie zijn definitief advies gezonden, inhoudende dat de ziektekostenverzekeraar in voldoende mate aannemelijk heeft gemaakt dat verzoeker niet voldoet aan de eisen voor een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp, en dat de gevraagde tandheelkundige behandeling niet valt onder de te verzekeren prestatie krachtens de Zvw. Een afschrift van het definitief advies van het Zorginstituut is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Tijdens een vakantie in Italië heeft verzoeker een ongeval gekregen met een scooter. Hij kon een bocht niet houden, is de berm ingereden en tegen een bergwand tot stilstand gekomen. Verzoeker heeft hierbij zijn rechtersvoet op verschillende plaatsen gebroken. Daarnaast zijn zijn voortanden beschadigd geraakt. Na terugkomst in Nederland heeft verzoeker hiervoor de tandarts bezocht, die heeft vastgesteld dat de wortels van de voortanden gebroken zijn, zodat de tanden moeten worden getrokken. In de plaats komen twee implantaten met hierop kronen.
- 4.2. Na een bezoek aan de implantoloog heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een begroting ingediend van de kosten voor de behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding ten laste van de zorgverzekering afgewezen. De reden is dat alleen sprake is van bijzondere tandheelkunde indien de tanden inclusief de wortels geheel verloren zijn gegaan. Hoewel de tanden nog in de mond aanwezig zijn, moeten deze door het afbreken van de wortels als verloren worden beschouwd. De schade die verzoeker heeft opgelopen is bovendien een direct gevolg van een ongeluk. Daarom is hij van mening dat de kosten van de behandeling vanuit de zorgverzekering dienen te worden vergoed.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat door de implantoloog is gesteld dat botmucose-opbouw moet plaatsvinden. Hieruit blijkt dat ook omliggend bot verloren is gegaan. De tandarts heeft het botverlies bevestigd. De tanden zijn destijds gespalkt, en deze moesten zes tot

acht weken worden ontzien. Door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar wordt nu gesteld dat de tanden in situ zijn gebleven. Dit klopt echter niet met de informatie van de implantoloog. Ook de eigen tandarts heeft een verlies van de tandheelkundige functie geconstateerd. De onderbouwing van de ziektekostenverzekeraar is zodoende niet toereikend.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel. De tandheelkundige zorg dient noodzakelijk te zijn om een tandheelkundige functie te kunnen behouden of verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Ook bestaat aanspraak bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening of indien een niet-tandheelkundige medische behandeling onvoldoende resultaat heeft zonder de bijzondere tandheelkundige hulp.

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 uit de stukken blijkt dat de tandwortels nog aanwezig zijn. Voorts is niet gebleken dat door het ongeval een ernstig botdefect is opgetreden. De tanden zijn niet uit de mond geweest. Over een eventueel botverlies wordt niet gesproken. Dit kan ook niet, want de tanden zijn in situ gebleven. Het alveolaire bot heeft als functie het vasthouden van wortels van de tanden. Als dit bot door trauma ernstig verloren zou zijn gegaan, waren de voortanden gelijk uit de mond gekomen. Bovendien moet een botdefect in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Hiervan is niet gebleken.

5.3. Verzoeker heeft aanspraak op een gedeeltelijke vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze vergoeding is aan hem verleend.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de adviserend tandarts naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut een onderbouwing heeft geleverd. De vraag aan de commissie is of deze onderbouwing voldoende is. Ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is nog geen vergoeding verleend, omdat nog geen factuur is ingediend. Wel zijn een aanvraagformulier en een offerte ontvangen. Een eventuele factuur zal worden beoordeeld aan de hand van de dan geldende voorwaarden.

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 A17 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B29 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft. Hieronder zijn tevens begrepen het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,
- een niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,
- een niet-tandheeskundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

Let op

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als deze noodzakelijk is om een tandheeskundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheeskundige functie die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. (...)”

8.4. Artikel B29 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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 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 T1 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheeskundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

“Wat in de Basisverzekering is verzekerd vindt u onder B29. Wat in uw tandartsverzekering is verzekerd, vindt u hier en in de tabel hierna. Wat verzekerd is in de Basisverzekering wordt niet vergoed door uw tandartsverzekering. Dat geldt ook voor het eigen risico en voor de eigen bijdragen die in de Basisverzekering zijn bepaald. Tenzij het in de tandartsverzekering als vergoeding is opgenomen. De volledige prothese (kunstgebit) is gedeeltelijk verzekerd in de Basisverzekering. Voor jongeren tot en met 17 jaar is de mondzorg grotendeels verzekerd in de Basisverzekering (orthodontie, kroon- en brugwerk is niet verzekerd in de Basisverzekering). (...)”




 9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg, waaronder het aanbrengen van implantaten, indien sprake is van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, dat zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan worden behouden of verworven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Gelet op de ontstaansgeschiedenis van artikel 2.7 Bzv dient hierbij te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Uit een toelichting van het 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). Het botdefect dient in ernst vergelijkbaar te zijn met schisis.

   9.2. Bij verzoeker zijn door een ongeval twee voortanden beschadigd, waarbij de wortels zijn afgebroken. De tandarts heeft verklaard dat buccaal bot verloren is gegaan. Hiervoor is bot mucosa opbouw aangevraagd. Ook uit de foto's van de mond blijkt volgens verzoeker dat sprake was van een defect van het bot. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar is van mening dat geen bot verloren kan zijn gegaan, aangezien de tanden tijdelijk in de mond zijn gebleven. De tandheelkundig adviseur van het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld, en is op basis van de beschikbare informatie tot de conclusie gekomen dat verzoeker geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige zorg, al dan niet in de vorm van een dento-alveolair defect. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie daarvan tot de hare.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

   9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding kent voor de aangevraagde behandeling. Deze vergoeding is door de ziektekostenverzekeraar nog niet aan verzoeker verleend, omdat door hem nog geen kosten zijn gedeclareerd.

Conclusie

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

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 18 februari 2015,

 mr. drs. P.J.J. Vonk