



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, anesthesie, angststoornis
Zaaknummer : 201701595
Zittingsdatum : 4 april 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V., hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (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 IZA Extra Tand 2 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering IZA Extra Zorg 3 is niet in geschil en blijft derhalve verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van anesthesie in verband met een tandheelkundige behandeling bij de Amalia Kliniek (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. In een telefoongesprek op 25 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Bij e-mailbericht van 9 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar deze beslissing schriftelijk bevestigd.

3.3. Met het klachtenformulier van 31 augustus 2017 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).

3.4. 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.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 februari 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 februari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 maart 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. 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.
- 3.8. Bij brief van 14 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 9 maart 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018008003) de commissie medegedeeld dat hij in het onderhavige geschil geen adviesbevoegdheid heeft. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 maart 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 april 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Naar aanleiding van de hoorzitting heeft de commissie bij brief van 9 april 2018 een aantal aanvullende vragen gesteld aan de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 18 april 2018 en bij e-mailbericht van 26 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar deze vragen beantwoord. Verzoeker heeft hiervan afschriften ontvangen en is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft hij op 27 april 2018 gebruik gemaakt. Een afschrift van de reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De huisarts heeft op 2 september 2016 over verzoeker het volgende verklaard:
"Patiënt is bij mij bekend met een angst/paniekstoornis".
- 4.2. Op grond van de door hem afgesloten restitutieverzekering mag verzoeker zelf de zorgverlener uitzoeken bij wie hij een ingrijpende behandeling wenst te ondergaan. Verzoeker heeft gekozen voor de Amalia Kliniek. De kliniek beschikt over een gecertificeerd anesthesieteam. Daarmee wordt aan de criteria voldaan die in de polisvoorwaarden zijn opgenomen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft eerder een aanvraag voor vergoeding van de kosten van anesthesie bij een ernstige angststoornis in verband met een tandheekkundige behandeling bij de Amalia Kliniek afgewezen. De reden van afwijzing is telkens een andere, waardoor vraagtekens bij verzoeker zijn gerezen omtrent de houdbaarheid hiervan. Zo zou de Amalia Kliniek niet aan de vereiste kwaliteitsnormen voldoen en anderzijds zou geen overeenkomst met de kliniek zijn gesloten. Verzoeker wenst een deskundig onderzoek naar de beweegredenen van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Verzoeker is eerder onder behandeling geweest bij de Amalia Kliniek. Van zijn behandelend tandarts heeft hij begrepen dat hij opnieuw een behandeling moet ondergaan, omdat zijn tandvlees is gaan 'woekeren' en over de implantaten heen is gegroeid. De betreffende behandeling moet onder algehele narcose worden uitgevoerd. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hiervoor geen medische indicatie zou bestaan, is volgens verzoeker daarom onjuist.
De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor de behandeling afgewezen, omdat de kliniek niet zou voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. Verzoeker betwist dit en wijst in dit verband op het ISO 9001 certificaat op naam van de kliniek. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar nooit toegelicht aan welke kwaliteitseisen de Amalia Kliniek niet zou voldoen.

Verder was het volgens de behandelend tandarts noodzakelijk dat verzoeker de behandeling op korte termijn zou ondergaan. Indien de behandeling in een ziekenhuis had plaatsgevonden, had verzoeker een half jaar moeten wachten. Dit was niet mogelijk en daarom heeft hij ervoor gekozen de behandeling bij de Amalia Kliniek te laten uitvoeren. Verzoeker tekent hierbij aan dat de kosten van de behandeling veel hoger zouden zijn, als hij deze had ondergaan in het ziekenhuis. Overigens vindt verzoeker het vreemd dat andere zorgverzekeraars eenzelfde behandeling bij de Amalia Kliniek wel vergoeden. In dit verband merkt hij op dat hij heeft gehoord dat er mogelijk een conflict is tussen een medewerker van de kliniek en de ziektekostenverzekeraar.

4.5. Bij e-mailbericht van 27 april 2018 heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat reeds in 2016 de gevraagde angstscorelijsten met een verklaring van de huisarts aan de ziektekostenverzekeraar zijn gezonden. Dat deze niet (meer) in het bezit zijn van de ziektekostenverzekeraar getuigt mogelijk van een onzorgvuldige administratie. Daarnaast zou verzoeker de behandeling wél mogen ondergaan in het ziekenhuis. Hieruit volgt dat wel degelijk sprake is van een medische indicatie. Verzoeker heeft in overleg met zijn behandelend tandarts ervoor gekozen zich niet te laten behandelen in het ziekenhuis en af te zien van een bottransplantatie, omdat hij dit niet aandurfde, de kosten hiervan erg hoog waren en omdat hij hierdoor langdurig van zijn werk zou moeten verzuimen. In overleg met de behandelend tandarts is besloten implantaten in het resterende bot te plaatsen. Dit betreft een bijzondere techniek en een multidisciplinaire aanpak waarin de Amalia Kliniek kan voorzien. Zelfs al zou geen sprake zijn van een angststoornis, is deze ingreep zonder anesthesie niet uitvoerbaar.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van artikel 31 van de zorgverzekering dient een narcosebehandeling te worden uitgevoerd door een zorgverlener verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde (hierna: CBT) of in een ziekenhuis. Een CBT is een centrum verbonden aan een ziekenhuis of universiteit voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist. De Amalia Kliniek is geen CBT, zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, maar verzoeker wenst dat blijkbaar niet te accepteren.

5.2. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoeker eerder een vergelijkbare klacht aanhangig heeft gemaakt bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. In die procedure heeft de ziektekostenverzekeraar zich op hetzelfde standpunt gesteld. De ziektekostenverzekeraar ziet thans geen aanleiding hiervan af te wijken.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een zorginstelling enkel als een CBT kan worden aangemerkt als deze door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) als zodanig is erkend. Dit is niet aan de orde bij de Amalia Kliniek, hetgeen de primaire reden vormt dat de onderhavige aanvraag is afgewezen. Verder licht de ziektekostenverzekeraar toe dat bij hem tevens twijfel bestaat over de aanwezigheid van een medische indicatie voor de aangevraagde behandeling. In dit kader wordt opgemerkt dat bijvoorbeeld geen 'Cobijt' angstscorelijsten zijn overgelegd, waaruit blijkt dat verzoeker daadwerkelijk bekend is met een ernstige angststoornis.

5.4. In de brief van 18 april 2018 wordt door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de NZa beleidsregel 'Bijzondere tandheelkunde instellingen' (BR/REG-18149). In de betreffende beleidsregel zijn criteria opgenomen waaraan een instelling voor bijzondere tandheelkunde moet voldoen, voordat hij kan worden aangemerkt als een CBT. Indien aan de betreffende voorwaarden wordt voldaan, kan een zorginstelling een individuele beschikking van de NZa aanvragen op grond waarvan hij als CBT een individueel vast tijdstarief mondzorg in rekening mag brengen. De NZa heeft een dergelijke beschikking niet gegeven aan de Amalia Kliniek, waaruit volgt dat zij door de NZa niet is erkend als CBT en derhalve niet wordt voldaan aan de voorwaarde die is opgenomen in artikel 31.1, onder 1, van de zorgverzekering.

Bij e-mailbericht van 26 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat ook niet wordt voldaan aan de voorwaarden die zijn opgenomen in artikel 31.1, onder 2, van de zorgverzekering. De Amalia Kliniek is namelijk niet gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam voor het gebruik van (lachgas)sedatie en er is geen tandarts in de kliniek werkzaam die is ingeschreven in het register voor kindertandartsen.

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 10 van de zorgverzekering en artikel 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 is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarde 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 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 31. Bijzondere tandheelkunde

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.

31.1 Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

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-kaakmondstelsel 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.*
- (...)*

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in een:

1. tandartspraktijk;
2. ziekenhuis;
3. centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Hebt u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde;
 2. een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA);
 - het centrum werkt met een anesthesioloog die is lid van de NVA;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis;
 - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten;
 - het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA);
 - bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.
- U vindt deze centra op onze website. (...)"

- 8.4. Artikel 31 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. 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. 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.
- 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


- 9.1. Op grond van artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel 31 van de zorgverzekering, komt bijzondere tandheelkunde voor vergoeding in aanmerking als sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van (i) een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, (ii) een niet-tandheerkundige lichamelijke of geestelijke aandoening of (iii) een medische behandeling die zonder bijzondere tandheelkunde onvoldoende resultaat zal hebben.
In artikel 31 van de zorgverzekering is verder opgenomen dat een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie enkel voor vergoeding in aanmerking komt indien de zorg wordt verleend in een ziekenhuis of een CBT. Wat in dit verband onder een CBT wordt verstaan is nader uitgewerkt in het betreffende artikel.
In geschil is of aanspraak bestaat op de onderhavige tandheerkundige behandeling met anesthesie, uitgevoerd door de Amalia Kliniek. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de Amalia Kliniek geen door de NZa erkende instelling voor bijzondere tandheelkunde is, omdat zij niet in het bezit is van een individuele tariefbeschikking van de NZa. Daarnaast voldoet de kliniek niet aan alle overige genoemde voorwaarden in de zorgverzekering, waarbij in het bijzonder wordt gewezen op het ontbreken van een certificaat van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.
Verzoeker heeft aangevoerd dat de Amalia Kliniek over een gecertificeerd anesthesieteam beschikt en in het bezit is van een ISO 9001 certificaat, waaruit volgt dat de kliniek aan de noodzakelijke kwaliteitseisen voldoet.
De commissie overweegt dat door de ziektekostenverzekeraar aannemelijk is gemaakt dat de Amalia Kliniek niet voldoet aan de in artikel 31.1 van de zorgverzekering gestelde voorwaarden. Hoewel de commissie niet uitsluit dat de Amalia Kliniek beschikt over bepaalde kwalificaties, is daarmee nog niet komen vast te staan dat de kliniek ook beschikt over de in de zorgverzekering genoemde certificaten. Tevens is niet komen vast te staan dat de Amalia Kliniek voldoet aan de overige, in de zorgverzekering genoemde voorwaarden. De door de Amalia Kliniek uitgevoerde tandheerkundige behandeling komt reeds om die reden niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Hierbij merkt de commissie nog op dat partijen tevens verdeeld zijn over de vraag of verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor de betreffende tandheerkundige behandeling. Dit onderdeel van het geschil behoeft evenwel geen verdere bespreking, aangezien vast staat dat de Amalia Kliniek geen CBT is, zoals bedoeld in artikel 31 van de zorgverzekering, en de onderhavige behandeling reeds op die grond niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 9.4. Verzoeker heeft gesteld dat de behandeling in de Amalia Kliniek tot een kostenbesparing heeft geleid, omdat het alternatief was een duurdere behandeling in het ziekenhuis te ondergaan. Hiertoe merkt de commissie op dat bij de beoordeling van een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering, enkel een rol speelt of de gewenste zorg onder de dekking valt, zoals omschreven in de voorwaarden. Zoals hiervoor is geconcludeerd, is dat hier niet het geval.
- 9.5. Hetgeen overigens door verzoeker is gesteld, met name ten aanzien van de wisselende afwijsgonden, zo hiervan al sprake is, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek op grond van deze verzekering niet kan worden toegewezen.

 **Conclusie**

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

 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 23 mei 2018,











 H.A.J. Kroon