



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektelkostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
beide te Houten
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, ontsteking kaakbot
Zaaknummer : 201701772
Zittingsdatum : 9 mei 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(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

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit en ONVZ Wereldfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Dit zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekeringen zijn niet in geschil en zullen om die reden verder onbesproken blijven.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tandheelkundige behandeling, bestaande uit de extractie van twee voortanden en het verwijderen van een deel van het kaakbot (hierna: de aanspraak). Uit de specificatie in de digitale omgeving van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker opgemaakt dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de aanspraak af te wijzen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 25 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 1 november 2017 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 19 november 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 (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 14 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 maart 2018 aan verzoeker gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 29 maart 2018 en 16 april 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
 - 3.8. Bij brief van 16 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 28 maart 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018013192) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet blijkt dat sprake is van een verzekerde prestatie krachtens de Zvw. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 april 2018 aan partijen gezonden.
 - 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 mei 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
 - 3.10. Bij brief van 11 mei 2018 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 22 mei 2018 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 verzoeker
- 4.1. Bij verzoeker is een ontsteking in de bovenkaak geconstateerd, die moest worden behandeld. Hiertoe moest een deel van het kaakbot worden verwijderd. Om er goed en makkelijk bij te kunnen, moesten twee voortanden worden getrokken. Dit wordt onderschreven door de behandelend tandarts-implantoloog in zijn verklaring van 18 september 2017. Als de ontsteking niet was behandeld, zou het bot tussen mond en neusholte na een paar jaar zijn verdwenen met alle gevolgen en kosten van dien. Om die reden heeft verzoeker besloten de ingreep op 19 juli 2017 te ondergaan. Het ligt voor de hand dat een ingreep om een dergelijke ernstige aandoening te verhelpen onder de dekking van de zorgverzekering valt.
 - 4.2. Verzoeker begrijpt uit de brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen dat indien de ingreep in het ziekenhuis had plaatsgevonden en deze met andere codes was gedeclareerd, de kosten voor vergoeding in aanmerking zouden zijn gekomen, ten laste van de zorgverzekering. Op grond van de door hem afgesloten restitutiepolis heeft verzoeker vrije keuze van zorgverlener. Dat verzoeker ervoor heeft gekozen de ingreep niet in het ziekenhuis te ondergaan, zou er dan ook niet toe mogen leiden dat de ingreep niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Bovendien geldt dat de kosten van een behandeling in het ziekenhuis veel hoger waren geweest, terwijl deze kosten de ziektekostenverzekeraar nu bespaard blijven.
 - 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald.
 - 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. Op grond van artikel 18, eerste en tweede lid van de zorgverzekering bestaat aanspraak op chirurgische tandheelkundige zorg, indien deze zorg wordt verleend door een kaakchirurg.
-  5.2. Verzoeker heeft een behandeling ondergaan bij een tandarts-implantoloog, die de betreffende behandeling heeft gedeclareerd met codes voor tandheelkundige verrichtingen. Deze verrichtingen vallen onder de dekking van een eventuele aanvullende ziektekostenverzekering en worden niet ten laste van de zorgverzekering vergoed. Verzoeker heeft echter geen aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten op grond waarvan aanspraak bestaat op de behandeling die hij heeft ondergaan. De behandelend tandarts-implantoloog heeft verzoeker hier ook op gewezen, blijkt uit zijn e-mailbericht van 18 september 2017.
-  5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een restitutieverzekering niet zonder meer inhoudt dat alle zorg bij iedere zorgverlener wordt vergoed. De zorgverzekering biedt aanspraak op vormen van zorg die in de wet- en regelgeving zijn vastgelegd. Daarbinnen staat het verzoeker wel vrij zelf een zorgverlener te kiezen. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat de behandeling in een ziekenhuis, door een kaakchirurg, wel zou zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hiervan is bij verzoeker echter geen sprake.
-  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 artikel 10 van Deel A-1 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 is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

 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 1 tot en met 26 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering.
-  8.3. Artikel 18 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Mondzorg

(...)

Lid 1

(...)

Mondzorg omvat:

1. zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg;
2. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard. Een kaakchirurg verleent de zorg;
3. verblijf in een ziekenhuis dat noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren), inclusief de kosten van verpleging en verzorging. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekenden vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de periode van 1.095 dagen. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

(...)

Lid 6

(...)

Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, behalve van de kosten van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een tandarts, huisarts of medisch specialist;
2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (volledige immediaatprothese, volledige vervangingsprothese of volledige overkappingsprothese), al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige implantaatgedragen prothese behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;
3. reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening. Rebasen is het opvullen van de ruimte tussen de kaak en prothese om deze vaster op een geslonken kaak te laten zitten.

(...)

Lid 7

(...)

Mondzorg in bijzondere situaties, ongeacht leeftijd

ONVZ vergoedt de kosten van bijzondere tandheelkundige zorg, dat wil zeggen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

1. als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening. (...)"

8.4. Artikel 18 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van 'Deel A-1' 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. De zorgverzekering kent, als het gaat om reguliere tandheelkundige zorg aan volwassenen een beperkte dekking. De onderhavige kosten vallen hier niet onder. Daarnaast biedt de zorgverzekering dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg, ongeacht de leeftijd van betrokkene. In dat verband worden verschillende situaties onderscheiden.
- 9.2. Op grond van artikel 18, zevende lid, onder 1, van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkundige zorg 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 18, zevende lid, onder 1, van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering, dient hierbij met name te worden gedacht aan schisispatiënten, oligodontiepatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
- 9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat bij hem sprake was van een ontsteking van het kaakbot, waarbij het gevaar bestond van verlies van (een deel) van het kaakbot, indien behandeling zou uitblijven. Ten aanzien hiervan geldt dat uit het advies van het Zorginstituut van 28 maart 2018 volgt dat bij verzoeker geen sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld in artikel 18, zevende lid, onder 1, van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering. De commissie neemt de conclusie van het advies over en maakt deze tot de hare.
- 9.4. Wat betreft de andere in artikel 18, zevende lid, onder 2 en 3, van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering genoemde (verzekerings)indicaties, kan het volgende worden opgemerkt. In de situatie van verzoeker kan niet worden gesproken van een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening waarvoor tandheelkundige zorg noodzakelijk is. Bij deze zorg moet in het bijzonder gedacht worden aan gedragswetenschappelijke begeleiding, medicamenteuze, intraveneuze en inhalatiesedatie en narcose. Voorts is gesteld noch gebleken dat verzoeker een medische behandeling moest ondergaan, welke behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zou hebben gehad.

- 9.5. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige zorg ten laste van de zorgverzekering.

Kostenbesparing

- 9.6. Verzoeker heeft gesteld dat de uitgevoerde tandheelkundige behandeling voor een kostenbesparing heeft gezorgd ten opzichte van een eventuele behandeling door een kaakchirurg. 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. Voor substitutie van zorg, in die zin dat zorg wordt vergoed die weliswaar goedkoper is, maar die niet is gedekt, bestaat onder de huidige regelgeving geen mogelijkheid.

Restitutiepolis

- 9.7. Voorts heeft verzoeker met betrekking tot de zorgverzekering aangevoerd dat hij heeft gekozen voor een restitutiepolis en dat hij daarom recht heeft op 'vrije artsenkeuze'. De commissie merkt hierover op dat een kenmerk van de door verzoeker gekozen restitutiepolis is dat de verzekerde geen gebruik hoeft te maken van gecontracteerde zorg. De vrijheid gaat evenwel niet zo ver dat, vanwege de door de verzekerde gemaakte keuze, niet langer aan andere voorwaarden hoeft te worden voldaan. In dit geval houdt de keuze voor behandeling door een tandarts-implantoloog in dat moet worden getoetst aan de voorwaarden voor tandheelkundige zorg. Zoals hiervoor is overwogen, is de uitkomst van die beoordeling dat verzoeker hieraan niet voldoet. Ware verzoeker verwezen naar een ziekenhuis en was de ontsteking aldaar behandeld door een kaakchirurg, dan had een toetsing plaatsgevonden aan die betreffende voorwaarden. Deze situatie is echter niet aan de orde. Tot slot tekent de commissie aan dat zij zich kan voorstellen dat, gezien de ernst van de situatie en de mogelijke gevolgen van niet-behandelen, bij verzoeker de indruk is ontstaan dat de zorg zonder meer onder de dekking van de zorgverzekering zou vallen. Die aanname is evenwel helaas niet juist.

Conclusie

- 9.8. 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,

G.R.J. de Groot