



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OHRA Zorgverzekeringen NV te Tilburg en
OHRA Ziektekostenverzekeringen NV te Tilburg
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheeldkunde, kroon op implantaat, dento-alveolair defect,
farmaceutische zorg, eigen risico, premie
Zaaknummer : 201600811
Zittingsdatum : 11 januari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014 en 2015, artt. 10, 11, 19, 21 en 23 Zvw, 2.1, 2.7, 2.8 en 2.17 Bzv, 2.5, 2.31 en bijlage 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014 en 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen NV te Tilburg, en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen te Tilburg,
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 basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (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 OHRA TandenGaaf 500 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het aanbrengen van een implantaat met daarop een kroon, geneesmiddelen, terugbetaling van premie en het laten vervallen van kosten die ten laste van het eigen risico zijn gebracht (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 augustus 2014 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 17 april 2015 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 brief van 29 juli 2016 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).
- 3.5. 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 17 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 november 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 november 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 december 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 18 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 16 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016132287) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Het Zorginstituut licht dit als volgt toe: *"In artikel B.12.1 van de zorgverzekering is het maatmanbeginsel opgenomen. Krachtens dit beginsel strekt de aanspraak op bijzondere tandheelkundige hulp zich uit tot een niveau van tandheelkundig functioneren dat verzoeker zou hebben gehad als de ernstige aandoening zich niet had voorgedaan. In dat kader behoort de implantaatgedragen kroon tot een mogelijkheid om dit functioneren te bereiken. Artikel B.12.2 van de zorgverzekering bepaalt echter dat alleen aanspraak bestaat op implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur indien sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Daarnaast moet het implantaat dienen ter bevestiging van een uitneembare gebitsprothese. Naar het oordeel van de tandheelkundig adviseur is hiervan geen sprake en wordt niet voldaan aan de genoemde bepaling."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 januari 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie, zoals ter zitting is afgesproken, bij brief van 12 januari 2017 geïnformeerd over de vergoeding ter zake van een ziekenhuisnota. Een afschrift hiervan is bij brief van 16 januari 2017 aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
-  3.11. Omdat de hoorzitting niet heeft plaatsgevonden ten overstaan van de voltallige commissie, zijn de aantekeningen van de hoorzitting op 16 januari 2017 aan partijen gezonden, waarbij deze in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren.
-  3.12. Verzoeker heeft bij brief van 20 januari 2017 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 12 januari 2017 en de aantekeningen van de hoorzitting. Een afschrift van deze reactie is op 27 januari 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  3.13. Bij brief van 27 januari 2017 heeft de commissie aan het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 8 februari 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut merkt op dat de ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat verzoeker vanwege de botresorptie een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Op grond van artikel B.12 van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op functieherstel conform het maatmanbeginsel. Deze aanspraak reikt verder dan het enkel corrigeren van de onderliggende aandoening. Het Zorginstituut kan evenwel uit het dossier niet opmaken of het maatmanbeginsel goed is toegepast. Daarom dienen de volgende vragen te worden beantwoord: (i) welke prothetische vervolgbehandeling is noodzakelijk voor functieherstel van het tand-kaak-mondstelsel, en (ii) verzet het maatmanbeginsel zich tegen (volledige) vergoeding van deze prothetische vervolgbehandeling? Daarnaast merkt het Zorginstituut op dat een sterk geslonken tandeloze kaak niet de enige indicatie is voor vergoeding van een implantaatbehandeling.

Een afschrift van dit advies is op 14 februari 2017 aan partijen gezonden. Hierbij is de ziektekostenverzekeraar verzocht voornoemd nader onderzoek te verrichten en de commissie over de uitkomst hiervan te informeren.

- 3.14. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 maart 2017 medegedeeld dat hij heeft besloten het implantaat met daarop een kroon alsnog conform het maatmanbeginsel te vergoeden. Een afschrift van de betreffende brief is op 20 maart 2017 aan verzoeker gezonden, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Vervolgens heeft nog een briefwisseling plaatsgevonden ten aanzien van de hoogte van de te verlenen vergoeding.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is in 2004 op zijn voortanden gevallen. Door deze val is een stukje van de rechter voortand afgebroken en is de linker voortand doormidden gebroken. Dit maakte onder andere een wortelkanaalbehandeling noodzakelijk. De wortel bleef echter ontsteken en is daarom meermaals schoongemaakt. Tijdens een behandeling werd geconstateerd dat een deel van de voortand in het gehemelte was geschoten. Ook na verwijdering hiervan bleef de wortel ontsteken. Verzoeker is hiervoor behandeld in het ziekenhuis waar de wortel ontstekingsvrij is gemaakt. Verzoeker heeft vervolgens lange tijd geen last meer gehad van zijn mond, totdat hij in 2013 per toeval ontdekte dat tussen zijn neus en mondholte een opening zat. Hierop volgde in 2014 in het ziekenhuis een complexe operatie door de kaakchirurg waarbij tevens de linker voortand is verwijderd. Na de behandeling zou het bot zich herstellen. De botopbouw bleek echter niet voldoende. Verzoeker heeft hiervoor nog diverse behandelingen moeten ondergaan bij de tandarts. Hij heeft hiervan tot op heden geen nota's ontvangen.

- 4.2. De kaakchirurg heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de noodzakelijke behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag aanvankelijk gedeeltelijk afgewezen. De ziektekostenverzekeraar was van mening dat de opbouw met autoloog bot, voor het uitgevoerde herstel van het botdefect in 2014, kan worden beschouwd als bijzondere tandheelkunde. De kosten hiervan zijn dan ook vergoed. Het aanbrengen van het implantaat met daarop een kroon is daarentegen geen verzekerde zorg vanuit de zorgverzekering, aangezien geen sprake is van een dento-alveolair defect.

- 4.3. Verzoeker is van mening dat de aanvraag ten onrechte is afgewezen. Hij heeft advies gevraagd aan de medisch adviseur van de rechtsbijstandsverzekeraar. Deze medisch adviseur meldt in zijn advies het volgende:

"(...) Mijn conclusie is derhalve dat OHRA "uit de bocht is gevlogen" in haar poging de schadelast te beperken en op basis van de eigen aangevoerde argumentatie ten onrechte de tandvervanging van element 21 door middel van een implantaat heeft afgewezen. Mijn argumentatie is samenvattend:

- *OHRA heeft het kaakdefect, dat een indirect gevolg is van het ongeval maar een direct gevolg van cystevorming in combinatie met een oro-nasale fistel, aangemerkt als een "ernstig verworven afwijking" zoals bedoeld in artikel 2.7 lid 1 sub a Besluit zorgverzekering en op basis daarvan een machtiging verleend voor herstel van deze afwijking voor zover het botdefect betreft.*
- *Daarmee is de vraag welke oorzaak primair ten grondslag lag aan het defect (het ongeval dan wel de later opgetreden cystevorming) niet meer relevant. Er is immers thans simpelweg het gegeven van een ernstige verworven afwijking, zo bevestigt ook OHRA en louter dat gegeven geeft recht op Bijzondere Tandheelkundige Hulp.*
- *Het verlies van element 21 kan niet los gezien worden van deze ernstig verworven afwijking. Binnen het gehele oorzakelijke complex speelt het destijds gelaedeerde element 21 immers de hoofdrol. Daarbij heeft de kaakchirurg vastgesteld dat, als gevolg van het grote defect en mede als gevolg van ankylose en wortelresorptie, het element niet meer te behouden was en verwijderd moest worden. Zonder verwijdering van dit element zou de behandeling van de*

cystevorming, de oro-nasale fistelvorming en de botopbouw van het schisisachtige defect ook niet mogelijk zijn geweest.

- *Met bovenstaande zaken als onbetwiste gegevens heeft cliënt recht op herstel naar een functie, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Dit impliceert dat cliënt recht heeft op zowel de botopbouw als de tandvervanging door middel van een implantaat."*

4.4. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een bedrag van totaal € 4.335,83 dient te betalen. Dit bedrag bestaat, blijkens zijn brief van 29 juli 2016, uit de nog te betalen ziekenhuiskosten (€ 1.789,02 en € 901,92), apotheekkosten (€ 36,99), tandartskosten (€ 20,01 + € 374,21) en het eigen risico (€ 729,-). Tevens is in voornoemd bedrag de door verzoeker 'extra' betaalde premie begrepen. De reden hiervan is dat hij in 2012 en 2013 een premie van € 7,97 per maand betaalde voor een aanvullende tandartsverzekering. Vanwege de problemen rond de vergoeding van tandheelkundige behandelingen was het voor hem noodzakelijk in 2014 en 2015 een meer uitgebreide tandartsverzekering af te sluiten. Verzoeker betaalde hiervoor respectievelijk € 27,74 en € 28,59 per maand. Het verschil in premie bedraagt totaal € 484,68. Dit bedrag vordert hij eveneens van de ziektekostenverzekeraar.

4.5. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat hij als gevolg van een ongeval een aantal jaren geleden veel problemen heeft gehad met zijn gebit, en dat het zuur is dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandeling niet volledig vergoedt. Hij benadrukt dat geen sprake is van een cosmetische behandeling. Er is zelfs een kleine misvorming zichtbaar onder zijn neus. Hij licht toe dat eerst de ontsteking is verwijderd, dat vervolgens het kaakbot is hersteld, en dat daarna het implantaat is aangebracht.

Het ontbrekende element betreft één van de voortanden. Hierdoor kon verzoeker niet meer goed praten en ook het afbijten van voedsel, bijvoorbeeld een appel, was niet meer mogelijk.

Diverse kosten zijn niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar, waaronder een deel van de botopbouw. Het betreft dus niet alleen de afwijzing van de kosten van het aanbrengen van het implantaat en het plaatsen van de kroon. Verzoeker merkt hierbij op dat het voor een leek lastig is om het overzicht te houden.

4.6. Verzoeker heeft bij brief van 20 januari 2017 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 12 januari 2017 en de aantekeningen van de hoorzitting. Verzoeker vindt het niet zinvol om nu nog bij het ziekenhuis na te vragen waarom de betreffende nota destijds is gecrediteerd, aangezien de ziektekostenverzekeraar kenbaar heeft gemaakt bereid te zijn de nota van € 1.789,02 te vergoeden. Het is een feit dat de nota alsnog naar verzoeker is gestuurd en dat hij deze heeft voldaan. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden voornoemd bedrag aan hem te vergoeden.

4.7. In reactie op de door de ziektekostenverzekeraar toegezegde aanvullende vergoeding heeft verzoeker bij brief van 11 mei 2017 aan de commissie medegedeeld dat hij nog steeds het volledige bedrag van € 4.335,83 vordert zoals dit door hem is gespecificeerd in zijn brief van 29 juli 2016.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat een vergoeding voor mondzorg vanuit de zorgverzekering mogelijk is indien sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Dit is het geval bij:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, of
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, of
- een medische behandeling die zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben én waarbij het gebit zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan

behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke het gebit zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Het moet gaan om een zeer ernstige afwijking. De aandoening moet een ernstig functieprobleem geven, zoals het geval is bij schisis of een blijvend dento-alveolair defect door een ongeval.

Daarnaast kunnen tandheelkundige implantaten uit de zorgverzekering worden vergoed indien sprake is van:

- een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak,
- waarbij op de implantaten een uitneembare prothese wordt bevestigd.

Verzekerden jonger dan achttien jaar krijgen tevens een vergoeding voor noodzakelijke fronttandvervanging. De ziektekostenverzekeraar vergoedt hierbij het vervangen van tanden met niet-plastische materialen en het plaatsen van tandheelkundige implantaten ter vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of die men mist door een recent ongeval.

Een verzekerde heeft op grond van artikel 2.1 Bzv slechts recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet sprake zijn van doelmatige zorg.

- 5.2. Bij verzoeker is ter vervanging van element 21 een implantaat met daarop een kroon aangebracht na opbouw van het kaakbot. De behandeling kan niet worden vergoed op grond van fronttandvervanging. Verzoeker was ten tijde van de behandeling namelijk ouder dan achttien jaar. Verder is geen sprake van een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening of van een medische behandeling waarvoor de tandheelkundige zorg noodzakelijk is. Ook blijkt niet van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel op grond waarvan het aanbrengen van een implantaat met daarop een kroon kan worden vergoed.

De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat uit een toelichting van het Zorginstituut blijkt dat onder meer een 'blijvend dento-alveolair defect door een ongeval' een verworven afwijking vormt zoals bedoeld in artikel 2.7 Bzv. Hierbij dient 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. Het botdefect dient in ernst vergelijkbaar te zijn met schisis en kan alsdan worden aangemerkt als een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. De correctie van het botdefect merkt de ziektekostenverzekeraar aan als bijzondere tandheelkunde. Na correctie van het botdefect resteert de situatie waarin één fronttand ontbreekt, namelijk element 21. De afwezigheid van één fronttand als gevolg van een extractie wordt niet beschouwd als een ernstig functieprobleem zoals bedoeld in de regelgeving. De ziektekostenverzekeraar ziet daarom geen reden de kosten van het implantaat met daarop een kroon te vergoeden in het kader van bijzondere tandheelkunde.

- 5.3. Verzoeker vordert verder apotheekkosten, tandartskosten, ziekenhuiskosten, eigen risico en premie. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een deel van de apotheekkosten is vergoed, en dat deze kosten zijn verrekend met het eigen risico. Een aantal nota's is niet vergoed omdat de gedeclareerde geneesmiddelen niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. De tandartsnota van € 567,90 ziet op de techniekkosten voor het plaatsen van de kroon op het implantaat. Hiervan is € 193,69 vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De kroon van € 231,67 is ook vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. De nota van € 20,01 betreft een periodieke controle bij de tandarts. Deze kosten worden vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Aangezien de maximale vergoeding van € 500,- reeds was bereikt, was vergoeding hiervan niet mogelijk. De ziekenhuisnota's van € 399,83, € 283,82 en € 122,16 zien op het aanbrengen van het implantaat door de kaakchirurg. Vergoeding van deze kosten is afgewezen. Er bestaat, zoals hiervoor toegelicht, geen aanspraak vanuit de zorgverzekering. Verder was de maximale vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering reeds bereikt. De overige ziekenhuisnota's zijn vergoed, waarvan enkele nota's (deels) zijn verrekend met het eigen risico.

Het verplicht eigen risico geldt voor alle verzekerden vanaf 18 jaar. De ziektekostenverzekeraar ziet dan ook geen reden het eigen risico te laten vervallen.

Tot slot wil verzoeker een deel van de premie voor de aanvullende tandartsverzekering van 2014 en 2015 terug. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding een premiecorrectie uit te voeren. Verzoeker heeft immers zelf besloten de betreffende verzekering af te sluiten.

- 5.4. Bij brief van 17 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de in 2014 uitgevoerde kaakreconstructies (van het schisisachtige kaakdefect) door een kaakchirurg zijn uitgevoerd en derhalve als medisch-specialistische zorg zijn vergoed. In de brief van 6 mei 2016 is dit per abuis aangemerkt als bijzondere tandheelkunde, maar dit is uiteraard zorg van medisch specialistische aard waarop verzoeker aanspraak heeft. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in de brief van 17 november 2016 medegedeeld dat hij van mening blijft dat bij verzoeker geen sprake is van een blijvend dento-alveolair defect door een ongeval. Als gevolg van het ongeval is geen sprake van verlies van een element of elementen en een substantieel deel van het omringende kaakbot. Het betreffende element is pas tien jaar ná het trauma verwijderd in verband met een kaakonsteking/kaakdefect. Na de uitgevoerde botreconstructie resteert alleen de afwezigheid van één element. Dit wordt niet beschouwd als een ernstig functieprobleem. Het functieprobleem is niet in ernst vergelijkbaar met schisis.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij begrijpt dat de onderhavige tandheelkundige behandeling geen cosmetisch karakter heeft. Het laatste onderdeel van de behandeling, het plaatsen van een kroon, valt echter niet onder bijzondere tandheelkundige zorg, en daarom komt dit onderdeel niet voor vergoeding in aanmerking. In de onderhavige situatie is sprake van het ontbreken van één element. Dit heeft niet tot gevolg dat verzoeker geen kaakfunctie meer heeft, aangezien dit niet betekent dat hij hierdoor niet meer kan eten of drinken. Daarom is geen sprake van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat enkele nota's zijn verrekend met het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd na te gaan hoe het precies zit met de door verzoeker genoemde nota van € 1.789,02 en de commissie hierover op korte termijn schriftelijk te informeren.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 januari 2017 aan de commissie medegedeeld dat het ziekenhuis op 19 januari 2015 een nota bij hem heeft ingediend voor een bedrag van € 1.894,31 voor de verrichtingen die op 16 december 2014 hebben plaatsgevonden. Deze nota is door de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis vergoed. Echter, op 11 mei 2015 heeft het ziekenhuis de nota gecrediteerd. Op 19 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar opnieuw een nota ontvangen van het ziekenhuis over dezelfde periode, maar met een notabedrag van € 71,46. Ook deze nota is vergoed. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarom de eerste nota is gecrediteerd, en waarom de factuur vervolgens aan verzoeker is gezonden. Hij adviseert verzoeker dit na te vragen bij het ziekenhuis.
- 5.7. In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut van 8 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 14 maart 2017 medegedeeld dat hij heeft besloten het implantaat met daarop een kroon alsnog conform het maatmanbeginsel te vergoeden. In antwoord op de nadere vragen van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij e-mailbericht van 28 april 2017 medegedeeld dat twee nota's van € 805,81 respectievelijk € 1.721,54 alsnog aan verzoeker worden vergoed. Bij brief van 19 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld ook de nota van 12 september 2015, ten bedrage van € 374,21, te zullen vergoeden.
- 5.8. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 28 juni 2017 medegedeeld dat op de nota van € 901,92 een bedrag van € 96,11 is ingehouden, en op de nota van € 1.178,02 een bedrag van € 67,48. De inhouding van deze bedragen heeft te maken met een rechtstreeks ingediende rekening omtrent anesthesie. Deze twee bedragen zijn daarom op een 'afwijscade' gezet.

Daarnaast is een bedrag van € 20,01 niet vergoed ten laste van de aanvullende ziekte-kostenverzekering, omdat het een C11-code betreft.

- 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek, behoudens voor zover het de door hem verleende vergoeding ter zake van de kosten van de tandheelkundige behandeling betreft, moet worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.23. 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering 2014 (in 2015 de artikelen B.1. tot en met B.26).
- 8.3. Artikel B.12. van de zorgverzekering 2014 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op mondzorg en luidt, voor zover hier van belang:

“B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

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 tandkaak-mondstelsel hebt; (...)*

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

B.12.2. Tandheelkundige implantaten

Zorg: waar hebt u recht op?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem):

- *als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden; en*
- *als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.”*

 In 2015 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel B.12.

- 8.4. Artikel B.15. van de zorgverzekering 2014 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op geneesmiddelen en luidt, voor zover hier van belang:

"B.15. Geneesmiddelen

(...)

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat (het verstrekken van en adviseren over) geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

(...)

De minister van VWS heeft het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst waarop alle geregistreerde geneesmiddelen staan (Bijlage 1) waar u recht op kunt hebben. Soms worden er nadere voorwaarden gesteld ten aanzien van bijvoorbeeld de indicatie (Bijlage 2), zie ook Reglement Farmacie. Bijlagen 1 en 2 vindt u op www.wetten.nl.

In het GVS is geregeld of een geneesmiddel volledig vergoed wordt of dat er een eigen bijdrage voor geldt. Ook kunt u recht hebben op niet-geregistreerde geneesmiddelen, bijvoorbeeld een apotheekbereiding (magistrale bereiding). Er moet dan sprake zijn van rationele farmacotherapie. (...)"

In 2015 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel B.15.

- 8.5. Artikel A.12. van de voorwaarden van de zorgverzekering 2014 regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 360,- voor een heel jaar."

In artikel A.12. van de voorwaarden van de zorgverzekering 2015 is bepaald dat het verplicht eigen risico € 375,- per kalenderjaar bedraagt.

- 8.6. De artikelen A.12., B.12. en B.15. 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).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, onderdeel b, 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 vergoeding van de kosten van 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.

Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en bijlage 1 en 2 Rzv.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 21 en 23 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.

- 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. van de aanvullende ziektekostenverzekering 2014 regelt de aanspraak op mondzorg en luidt, voor zover hier van belang:

"D.8. Mondzorg

(...)

D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

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.

(...)

D.8.3. Gebitsprotheses en implantologie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden:

- a. uitneembare, gedeeltelijke gebitsprotheses;*
 - b. de wettelijke bijdragen die u volgens uw zorgverzekering zelf moet betalen voor uitneembare, volledige gebitsprotheses;*
 - c. implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed.*
- Bij alle genoemde vergoedingen gaat het om de tandheelkundige prestaties en bijbehorende materiaal- en techniekkosten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. (...)*

D.8.4. Overige mondzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden, voorzover die niet als zorg is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.5. (...)

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2014

(...)

Wat krijgt u vergoed: Mondzorg voor verzekerden vanaf 18 jaar

Hoeveel krijgt u vergoed: maximaal € 500,- per jaar

Voorwaarden: D.8. t/m D.8.4."

In 2015 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel D.8 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 in eerdere zaken heeft overwogen (zie onder meer 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. In 2004 heeft verzoeker bij een val twee voortanden beschadigd, waarbij een stukje van de rechter voortand is afgebroken en de linker voortand doormidden is gebroken. De wortel van de linker voortand is echter na diverse behandelingen blijven ontsteken. Uit de verklaring van de behandelend kaakchirurg van 12 maart 2015 blijkt dat door de langdurige ontsteking van de wortel een cyste is ontstaan met een botdefect tot gevolg. Hierop is de linker voortand verwijderd en is het botdefect hersteld door middel van opbouw met autoloog bot. Vier maanden daarna is een implantaat met daarop een kroon aangebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft de correctie van het botdefect vergoed als zijnde medisch specialistische zorg.
- Nadat het Zorginstituut in het definitieve advies van 8 februari 2017 had geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten dat verzoeker alsnog aanspraak heeft op het aangevraagde implantaat en de daarop geplaatste kroon. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader de volgende bedragen nabetaald aan verzoeker: € 805,81, € 1.721,54, en € 374,21. De eerste twee genoemde vergoedingen betreffen niet het volledige factuurbedrag. Op de vergoedingen zijn bedragen van € 96,11 respectievelijk € 67,48 ingehouden als zijnde eigen bijdragen.
- De commissie heeft bij de ziektekostenverzekeraar nagevraagd waarom voornoemde bedragen zijn ingehouden op de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten zien op een rechtstreeks ingediende rekening voor anesthesie en daarom "op een afwijscode [zijn] gezet". De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar eerder heeft gesteld dat de nota van het ziekenhuis door hem was vergoed, maar dat het ziekenhuis deze nota heeft gecrediteerd, en vervolgens een nota van € 71,46 rechtstreeks heeft gedeclareerd. Dit bedrag komt evenwel niet overeen met voornoemde ingehouden bedragen. Daarom is het niet aannemelijk dat de ingehouden bedragen van € 96,11 respectievelijk € 67,48 door de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks aan het ziekenhuis zijn betaald. Ook anderszins is door de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk gemaakt dat de twee ingehouden bedragen eerder zijn vergoed aan het ziekenhuis dan wel aan verzoeker. Daarom is de commissie van oordeel dat ook de bedragen van € 96,11 respectievelijk € 67,48 aan verzoekerdiensten te worden vergoed.
- Uit het overzicht van verzoeker van de door hem gevorderde kosten, blijkt dat hij voor mondzorg in totaal € 3.085,16 vordert. Een controle bij de tandarts, waar het door hem gevorderde bedrag van € 20,01 op ziet, is geen aanspraak ten laste van de zorgverzekering, en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking. Voor de overige gevorderde kosten geldt dat de ziektekostenverzekeraar reeds heeft toegezegd in totaal € 2.901,56 te zullen vergoeden. Daarnaast heeft de commissie hiervoor bepaald dat ook de bedragen van € 96,11 respectievelijk € 67,48 voor vergoeding in aanmerking komen.
- 9.3. Voorts vordert verzoeker vergoeding van de kosten van geneesmiddelen. Naar de commissie begrijpt betreft het de middelen chloorhexidine, PerioAid® mondspoelmiddel en Corsodyl® tandgel. De vraag die moet worden beantwoord, is of het bij voornoemde middelen om geregistreerde geneesmiddelen gaat. Indien dit het geval is, dient te worden beoordeeld of het middel onderling vervangbaar is. Een geregistreerd onderling vervangbaar geneesmiddel wordt alleen vergoed, indien het door de Minister van VWS is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking. Ook hierbij geldt de eis van aanwijzing door de minister. Als het middel niet is geregistreerd, dient te worden bekeken of sprake is van een zogenoemde 'orphan drug' – dit is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners – dan wel 'magistrale receptuur', dat wil zeggen een middel dat is bereid door een apotheker. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationale farmacotherapie.
- 9.4. Bij chloorhexidine, PerioAid® mondspoelmiddel en Corsodyl® tandgel gaat het niet om geregistreerde geneesmiddelen die door de Minister van VWS zijn aangewezen. Ook gaat het niet om een 'orphan drug' of magistrale receptuur. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van chloorhexidine, PerioAid® mondspoelmiddel en Corsodyl® tandgel, ten laste van de zorgverzekering.

- 9.5. Voor zover door de ziektekostenverzekeraar in 2014 en 2015 (deels) kosten zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering, onder andere met betrekking tot medisch specialistische zorg en farmaceutische zorg, geldt dat deze niet zijn uitgesloten van het eigen risico. Voorts is gesteld noch gebleken dat het eigen risico reeds was vol gemaakt. Uit hoofde van de contractuele relatie die verzoeker heeft met de ziektekostenverzekeraar en gelet op het bepaalde in artikel A12 van de zorgverzekering is hij gehouden de door de ziektekostenverzekeraar gevorderde bedragen ter zake van het verplicht eigen risico 2014 en 2015 te voldoen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van artikel D.8. van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van mondzorg tot een maximum van € 500,-- per kalenderjaar. In eerste instantie was deze maximale vergoeding reeds bereikt, waardoor niet alle door verzoeker gemaakte kosten voor vergoeding in aanmerking kwamen. Doordat de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure echter heeft besloten de kosten van het aanbrengen van het implantaat en het plaatsen van de kroon alsnog ten laste van de zorgverzekering te vergoeden, is een groot gedeelte van voornoemde maximale vergoeding weer beschikbaar gekomen. De nota voor de controle door de tandarts van € 20,01 - die eerder was afgewezen omdat de maximale vergoeding reeds was verbruikt - dient daarom alsnog ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te worden vergoed.
- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor farmaceutische zorg, zodat het verzoek om vergoeding van de kosten van chloorhexidine, PerioAid® mondspoelmiddel en Corsodyl® tandgel niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.
- 9.8. Tot slot vordert verzoeker een bedrag van totaal € 484,68 terug van de ziektekostenverzekeraar ter zake van door hem 'extra' betaalde premie. Hierover merkt de commissie het volgende op. Op grond van de contractuele relatie die verzoeker heeft met de ziektekostenverzekeraar, is hij gehouden de door deze in rekening gebrachte, overeengekomen premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering te voldoen. Niet valt in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar onder de gegeven omstandigheden tot een gedeeltelijke terugbetaling zou moeten besluiten. Verzoeker heeft immers zelf ervoor gekozen deze verzekering af te sluiten en hij heeft op basis hiervan de - ten opzichte van de voorgaande jaren - meer uitgebreide dekking genoten in 2014 en 2015. Of van deze dekking ook gebruik is gemaakt is niet relevant; de overeenkomst van ziektekostenverzekering is immers een zogenoemde kansovereenkomst.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.2 en 9.6 is overwogen. Hetgeen meer of anders is gevorderd, dient te worden afgewezen.
- 9.10. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure alsnog gedeeltelijk is tegemoetgekomen aan het verzoek en dit voor het overige deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.2 en 9.6 is overwogen, en wijst het meer of anders gevorderde af.

- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 16 augustus 2017,

P.J.J. Vonk