



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : Zuid-Afrika, verwijderen infectie door kaakchirurg en prosthodontist,
hoogte vergoeding
Regelgeving : Voorwaarden ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202000899
Zittingsdatum : 18 november 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 30 juli 2020 heeft verzoeker per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 september 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 29 september 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 november 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ONVZ Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Zorgplan en ONVZ Optifit Internationaal (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door verzoeker ondergane operatie, zodat deze verzekering geen verdere bespreking behoeft.

3.2. In 2002 is bij verzoeker een tumor verwijderd uit de linker bovenkaak. Hierbij zijn een deel van de bovenkaak en het verhemelte van verzoeker verloren gegaan. Daarna is een obturator/prothese aangebracht. Deze is bevestigd aan vijf templates met daaraan gehecht een frame. Eind april 2019 kreeg verzoeker een infectie op deze plek, die met diverse antibiotica is behandeld. Op 15 oktober 2019 is verzoeker geopereerd, waarbij de infectie is verwijderd. De kosten van deze ingreep heeft hij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3. De behandelend kaakchirurg heeft op 21 oktober 2019 per brief over verzoeker verklaard:

"(...) He has a total rehabilitation on an implant supported metal framework with locator prosthesis. The only way to effectively treat this patiënt is to remove the extensive chronic infection around the zygomatic implant area assisted by his prostodontist [naam]. [Naam] knows and treated this patiënt and therefore I was not willing to sort out this patiënt problem without [naam] in theater.

I have found the reason for the extensive soft tissue breakdown, draining through the skin is due to infection on the zygomatic implant components in this area. This was all debrided and cleaned out and the components was cleaned proper and secured with the necessary screws. By limiting the amount of movement in this area, chronic irritation in this area will subside.

I am also placing this patiënt on intravenous antibiotics in hospital to get rid of this problem once and for all.

This procedure was done on the 15/10/2019 and he was follow up on the 16/10/2019 and the 17/10/2019 at which stage he was doing really well and I was feeling comfortable that he could be discharged. (...)"

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 november 2019 per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat voor de behandeling een vergoeding wordt verleend van € 2.545,91.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 23 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de ingreep ten bedrage van € 4.717,08 alsnog volledig te vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunten partijen

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de aanleiding tot de ingreep een infectie was. Het ging niet om een tandheelkundig probleem. Vanaf eind april 2019 kreeg verzoeker last van deze infectie, die zich uitte in een wangabces. Dit wangabces is vanaf begin mei tot aan de operatie in oktober open gebleven om de druk weg te nemen. De tandarts heeft verzoeker direct doorverwezen naar een KNO-arts, die op zijn beurt verwees naar de kaakchirurg en de prosthodontist waar verzoeker al onder behandeling was voor het onderhoud van zijn prothese. Ook is er in september 2019 nog een bezoek geweest aan de plastisch chirurg. De huisarts heeft verzoeker gezien, en schreef diverse soorten antibiotica voor. Deze hielpen echter niet. Uiteindelijk is verzoeker in oktober 2019 door de kaakchirurg en prosthodontist geopereerd gedurende een twee uren durende operatie. Bij de ziektekostenverzekeraar heeft steeds een tandheelkundig adviseur naar de situatie gekeken en hierover een advies gegeven. Van de ziektekostenverzekeraar kon worden verwacht dat deze ten minste een competente kaakchirurg zou raadplegen, aldus verzoeker. Verder heeft hij aangevoerd dat de medische zorg in Zuid-Afrika zich kan meten met die in Nederland. Daarom acht hij het niet aannemelijk dat eenzelfde behandeling in Nederland € 2.000,-- minder zou hebben gekost.


6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij buitenlandse nota's en operatieverslagen beoordeelt tegen het licht van het Nederlandse stelsel. Deze worden "vertaald" naar de Nederlandse prestatiecodes met de bijbehorende vastgestelde tarieven. Bij onduidelijkheden wordt advies gevraagd aan een medisch of tandheelkundig adviseur. In de situatie van verzoeker is aan twee verschillende tandheelkundig adviseurs om advies gevraagd. Zij kwamen op basis van de ingediende nota's tot de volgende berekening:

- Operatie verwijderen cysten 234012 = € 602,94;
- 3 x verpleegdagen 231902 à € 396,49 = € 1.189,47 (opname 15 t/m 17-10-2019);
- Wondtoilet 5 x 234084 à € 99,24 = € 496,20;
- Assistentie 3 x 230002 à € 45,04 = € 135,12;
- Vrij leggen implantaten 238063 = € 122,18.

Het totaalbedrag komt daarmee op € 2.545,91. Op grond van de ziektekostenverzekering heeft verzoeker aanspraak op éénmaal dit tarief. Deze vergoeding is aan hem verleend, aldus de ziektekostenverzekeraar.


Overwegingen

- 6.4. Tussen Nederland en Zuid Afrika bestaat geen verdrag op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering. Dit betekent dat voor het recht op vergoeding van de in het geding zijnde kosten moet worden gekeken naar de voorwaarden van de ziektekostenverzekering. De commissie merkt op dat de operatie die verzoeker heeft ondergaan, is uitgevoerd door een kaakchirurg, met assistentie van de prosthodontist. Daarom is het juist dat de ziektekostenverzekeraar bij het bepalen van de vergoeding heeft aangesloten bij de tarieven zoals die gelden voor de kaakchirurgie. De aanleiding tot de ingreep is namelijk niet leidend, maar de zorgaanbieder die deze uitvoert. Aangesloten wordt daarom bij artikel 16 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft tarieven bepaald voor het verwijderen van een cyste, drie verpleegligdagen, een wondtoilet, driemaal assistentie en het vrij leggen van implantaten. Verzoeker heeft verklaard dat hij een wangabces had, dat operatief is verwijderd. De commissie overweegt dat de door de ziektekostenverzekeraar voor de operatie gehanteerde code 234012 staat voor: "*Operatief verwijderen van kaakcysten groter dan 1/4 van het kaakvolume*". Deze komt de commissie juist voor, aangezien de behandelend kaakchirurg heeft verklaard dat sprake was van een "*extensive chronic infection around the zygomatic implant area*". Derhalve lag de bron van de infectie niet in de wang van verzoeker, maar in het gebied van de (na verwijdering van de tumor uit de bovenkaak) aangebrachte prothese. De commissie neemt hierbij in aanmerking dat weliswaar een KNO-arts en een plastisch chirurg zijn geraadpleegd, doch dat er medisch blijkbaar aanleiding was de operatieve ingreep te doen uitvoeren door een kaakchirurg die werd geassisteerd door een prosthodontist.
- 6.6. Verder blijkt uit de stukken dat verzoeker inderdaad drie dagen opgenomen is geweest, zodat ook het aantal verpleegligdagen dat de ziektekostenverzekeraar heeft berekend correct is. Gelet op de verklaring van de behandelend kaakchirurg is een debridement uitgevoerd rondom de implantaten en is de wond gespoeld. De ziektekostenverzekeraar heeft codes gehanteerd voor het vrij leggen van implantaten en een wondtoilet. Tot slot heeft verzoeker aangevoerd, en blijkt ook uit de verklaring van de behandelend kaakchirurg, dat er assistentie is geweest van de prosthodontist. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor een vergoeding verleend. De gehanteerde codes komen de commissie, gelet op het voorgaande, juist voor.
- 6.7. Het gaat hier om codes met een bijbehorend vast tarief. Artikel 1, tweede lid, van 'Deel B Omvang Dekking' van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat in dat geval aanspraak bestaat op maximaal dit tarief, als de kosten worden gemaakt in het woonland, zoals bij verzoeker het geval is. Hij heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de ziektekostenverzekering.
- 6.8. Dat verzoeker het niet aannemelijk vindt dat een zelfde behandeling in Zuid-Afrika meer kost dan in Nederland mag zo zijn, maar dit kan niet leiden tot een andere uitkomst. Als de kosten in Zuid-Afrika hoger zijn geeft dit immers geen aanspraak op een hogere vergoeding. En als de kosten van een zelfde behandeling in Nederland volgens hem door de ziektekostenverzekeraar te laag werden




vastgesteld, lag het op de weg van verzoeker dit te onderbouwen. Zoals blijkt uit hetgeen hiervoor is overwogen, werd de vergoeding juist berekend.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 25 november 2020,




H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Basisfit Internationaal 2019

Artikel 1 Restitutiebasis

- lid 1 De ONVZ Basisfit Internationaal biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij bent u vrij in de keuze van zorgverlener. De zorgverlener moet wel voldoen aan de geldende (kwaliteits)wetgeving.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:
1. het tarief overeengekomen tussen de zorgverlener en ONVZ,
 2. als er geen contract is, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
 3. als er geen Wmg-tarief bestaat, een in Nederland geldend marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.
- lid 3 Buiten Nederland genoten medisch-specialistische zorg wordt voor de toepassing van het vorige lid vertaald naar het passende Nederlandse DBC-zorgproduct.
- lid 4 ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Artikel 2 Eigen risico

- lid 1 Voor de ONVZ Basisfit Internationaal kunt u kiezen voor een eigen risico. ONVZ brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de ONVZ Basisfit Internationaal. Het gekozen eigen risico is vermeld op het polisblad. De andere eigen risico bedragen die u kunt kiezen, staan vermeld in de premietabel die onderdeel uitmaakt van voorwaarden van de ONVZ Basisfit Internationaal.
- lid 2 Kosten die niet onder de dekking van de ONVZ Basisfit Internationaal vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 3 Als de ONVZ Basisfit Internationaal in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent ONVZ het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarop de verzekering liep of zal lopen, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar. Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar, dan berekent ONVZ het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarover volwassenenpremie wordt betaald, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- De uitkomsten van deze berekeningen worden afgerond op hele euro's.
- lid 4 Voor medisch-specialistische zorg zoals omschreven in artikel 4, verleend in een Nederlandse zorginstelling, geldt dat voor de verrekening van het eigen risico een DBC of DBC-zorgproduct wordt toegerekend aan het jaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct wordt geopend. Voor medisch-specialistische zorg buiten Nederland geldt, dat voor de verrekening van het eigen risico de kosten van de nota worden toegerekend aan het jaar waarin de behandeldatum van de betreffende nota valt.

Artikel 3 Huisartsenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen in het woonland die plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Huisartsenzorg omvat ook daarmee samenhangend (laboratorium)onderzoek.

- lid 5 **Logopedie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling door een logopedist. ONVZ vergoedt de kosten van logopedische behandeling als deze een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De kosten van behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid worden niet vergoed.
- lid 6 **Diëtetiek**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. ONVZ vergoedt maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 16 **Mondzorg**

- lid 1 **Algemene tandheelkunde**
1. ONVZ vergoedt de volgende kosten gezamenlijk tot een maximum van € 340 per verzekerde per kalenderjaar:
 - voor verzekerden tot 18 jaar de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). De zorg wordt verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de hulp verlenen);
 - voor verzekerden tot 18 jaar de bijdrage aan een jeugdverzorgingsdienst;
 - voor verzekerden tot 23 jaar de kosten van tandvervangende zorg met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. De zorg moet de vervanging van 1 of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreffen die in het geheel niet zijn aangelegd, of ontbreken als direct gevolg van een ongeval. De noodzaak van deze zorg moet zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.
 2. Aanspraak bestaat (ongeacht leeftijd) op vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandeling als een lichamelijke aandoening of een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. U heeft alleen aanspraak op deze vergoeding als:
 - de behandeling plaatsvindt in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum,
 - de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist, en
 - ONVZ vooraf toestemming heeft verleend. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan te worden ingediend. Bij de toestemming kan ONVZ nadere voorwaarden stellen.
- lid 2 **Kaakchirurgie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van kaakchirurgische behandeling door een kaakchirurg.
- lid 3
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opname in een ziekenhuis in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- ONVZ vergoedt de kosten voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.
- lid 4
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige implantaten en het inbrengen daarvan in de kaak, als:
 - de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg;
 - bij u sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak;
 - het implantaat dient voor bevestiging van een volledige uitneembare prothese;
 - de voorgestelde behandeling doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
 - ONVZ vooraf toestemming heeft verleend.ONVZ vergoedt alleen het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur op implantaten en van de (overkappings)prothese. De suprastructuur is het gedeelte op het implantaat dat boven het tandvlees zit.
- lid 5 **Kaakorthopedie**
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op aan de zorg voorafgaande verwijzing van de huisarts of tandarts als sprake is van:

- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet;
- een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die alleen door een chirurgische behandeling kan worden gecorrigeerd en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis, waarbij 1 van de symptomen is een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak.

Artikel 17 Farmaceutische zorg

lid 1

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

1. de geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering.
2. de geneesmiddelen – onder de voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft – als bedoeld in:
 - a. artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet. Dit artikel gaat over apotheekbereidingen, ook wel magistrale bereidingen genoemd. Kosten van apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd, geregistreerd geneesmiddel zijn uitgesloten van de aanspraak;
 - b. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in Nederland te laten bereiden door een in Nederland toegelaten fabrikant;
 - c. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Dit artikel gaat over geneesmiddelen waarvoor in Nederland geen handelsvergunning is. Er bestaat in individuele gevallen aanspraak op deze geneesmiddelen als de behandelend arts toestemming van de overheid heeft gekregen om het geneesmiddel in het buitenland te bestellen;
 - d. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en binnen Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder 1 dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder(s) van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, lid 1, onder fff, van die wet, of
 - e. artikel 52, lid 1, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder 1 dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder(s) van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, lid 1, onder fff, van die wet.

Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan behandeling of diagnostiek met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat het meest economisch is.

3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
4. terhandstelling van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en de kosten van advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de geneesmiddelen. Dit advies en deze begeleiding worden uitgevoerd door BIG-geregistreeerde zorgverleners.

Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

- a. begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- b. instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;
- c. medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;
- d. farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
- e. farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname;
- f. farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.

lid 2

De in lid 1 bedoelde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan dit ook een diëtist zijn. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts. Een dieetpreparaat kan ook geleverd worden door een gespecialiseerde leverancier.