

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Mondzorg, implantaatbehandeling, telefonische toezegging  
Zaaknummer : 2012.00392  
Zittingsdatum : 15 augustus 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 volledige vergoeding van de kosten van een implantaatbehandeling (hierna: de aanspraak). Door middel van een declaratieoverzicht van 2 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 16 mei 2012 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 juli 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 juli 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juli 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 juli 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 juli 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012082590) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker niet is geïndiceerd voor bijzondere tandheelkunde. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 25 juli 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 15 augustus 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 20 augustus 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 23 augustus 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. In april 2011 heeft de behandelend tandarts bij verzoeker een kies verwijderd waarna deze twee begrotingen heeft gemaakt voor het herstellen van de tandheelkundige functie. De eerste begroting had betrekking op het plaatsen van een brug en de tweede op een implantaatbehandeling. Doel van deze begrotingen was dat verzoeker een vergelijking kon maken van de vergoedingen door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Na ontvangst van de begrotingen heeft verzoeker op 9 mei 2011 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar omdat hij aan de hand van het overzicht niet kon uitmaken welke bedragen voor zijn rekening bleven. De betreffende medewerkster heeft verzoeker in bedoeld telefoongesprek medegedeeld dat voor een implantaatbehandeling de codes J23 (€ 77,49) en J05 (€ 46,50) niet voor vergoeding in aanmerking zouden komen. Vanwege het geringe verschil in voor zijn rekening blijvende kosten, heeft verzoeker gekozen voor een implantaatbehandeling in plaats van het plaatsen van een brug. Nadat verzoeker in november 2011 de implantaatbehandeling had laten uitvoeren, ontving hij echter een nota van € 866,21. Toen verzoeker hierover bij de ziektekostenverzekeraar had gereclameerd, ontving hij op 2 januari 2012 van deze een e-mailbericht met de mededeling dat de tandarts kennelijk foutief heeft gedeclareerd. Enige tijd later volgde een tweede nota waardoor een totaalbedrag van ca. € 1.500,- buiten vergoeding blijft.

4.3. Ter zitting is door verzoeker desgevraagd verklaard dat hij heeft geïnformeerd naar de op de begroting vermelde codes, en niet naar de bijbehorende bedragen. Deze heeft hij wel aangevinkt. Volgens verzoeker had de ziektekostenverzekeraar om toezending van de begroting kunnen vragen.

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. Bij verzoeker is geen sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dan wel een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. Ook is bij verzoeker geen sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Hij heeft daarom geen aanspraak op een implantaat-behandeling ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere verrichtingen vergoed. Het grootste deel van de door verzoeker zelf te betalen kosten bestaat echter uit techniek- en materiaalkosten. Verzoeker heeft gesteld dat hem in een telefoongesprek van 9 mei 2011 is toegezegd dat de gehele behandeling volledig zou worden vergoed. Uit de gespreksnotities die de ziektekostenverzekeraar van het betreffende gesprek heeft gemaakt, blijkt niet of over de techniek- en materiaalkosten is gesproken. Als verzoeker slechts de codes heeft genoemd en daar niet bij heeft verteld dat bij een aantal van die codes techniekkosten behoren, is het aannemelijk dat hem is verteld dat de vergoeding 100 percent is. Dit was immers – voor zover het de verrichtingen betreft – het juiste antwoord.

5.3. Tot slot erkent de ziektekostenverzekeraar dat hij in zijn e-mailbericht van 2 januari 2012 verzoeker foutief heeft geïnformeerd.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat sprake is geweest van miscommunicatie. Er is evenwel geen foutieve informatie verstrekt.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

#### 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering 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 volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B29 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### **“B29.1 Bijzondere tandheelkunde**

*Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.*

#### **Welke zorg**

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

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

#### **Let op**

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als deze noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- U heeft alleen recht op orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

#### **Eigen bijdrage**

*Een deel van de kosten voor bijzondere tandheelkunde is voor uw eigen rekening. Hoeveel uw eigen bijdrage is, wordt door de minister van VWS bepaald en kunt u vinden in Regeling zorgverzekering. (...)*

### **B.29.2 Tandheelkunde**

*(...)*

#### **Vanaf 18 jaar**

*U heeft recht op:*

- chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties

*(...)*

#### **Eigen bijdrage**

*Als u 18 jaar of ouder bent is een deel van de kosten voor een uitneembare volledige prothese en chirurgische tandheelkundige hulp voor uw rekening. Hoeveel uw eigen bijdrage is, wordt door de minister van VWS bepaald en kunt u vinden in Regeling zorgverzekering. (...)*

### **Toestemming**

*U heeft voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig:*

*- voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten;*

*- voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg*

*(...)*

*Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan mee van de zorgaanbieder.”*

- 8.4. Artikel B29 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel T12 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:
- “(...)*
- U krijgt niet meer dan twee implantaten per kalenderjaar vergoed. (...)*
  - Bent u 18 jaar of ouder? Techniek- en materiaalkosten worden niet vergoed. (...)*
  - U krijgt niet meer dan één overzichtsfoto (X21) per kalenderjaar vergoed (...)”*

Voorts is in artikel T3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaald dat vergoeding van de kosten geschiedt volgens de tabel met verrichtingen. Deze tabel is bij de voorwaarden gevoegd.

In de tabel met verrichtingen is bepaald dat voor de codes X21 en J20 een maximum van respectievelijk één en twee geldt, en dat de vergoeding 100% bedraagt. Voor de codes R25, J01 en J44 is de vergoeding 100%. Voor de codes J05, J17, J23 en J97 is geen vergoeding opgenomen.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Aanspraak op vergoeding van een implantaatbehandeling bestaat indien sprake is van een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat de verzekerde zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven die gelijk is aan de functie die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Gelet op de nota van toelichting bij het Bzv kan van een dergelijke situatie worden gesproken in het geval van oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Deze opsomming is niet limitatief, doch andere aandoeningen dienen hiermee in ernst vergelijkbaar te zijn. Bij verzoeker is sprake van een implantaatbehandeling vanwege de extractie van één gebitselement. Van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld in artikel B.29 van de zorgverzekering is zodoende niet gebleken.
- 9.2. Voorts is bij verzoeker geen sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese, zodat hij ook op die grond geen aanspraak heeft op vergoeding van een implantaat ten laste van de zorgverzekering.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. Voorafgaand aan de behandeling heeft verzoeker van zijn tandarts een begroting voor een implantaatbehandeling ontvangen. Omdat deze later niet meer beschikbaar was, heeft de tandarts, na afloop van de uitgevoerde behandeling, de eerdere begroting gereconstrueerd op basis van de verzonden nota's. Laatstgenoemde begroting, ten bedrage van € 1.951,97, heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij de beoordeling of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering gaat de commissie uit van de codes zoals deze staan vermeld op de betreffende begroting.
- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van twee implantaten per kalenderjaar. Techniek- en materiaalkosten worden niet vergoed. Uitgaande van de gereconstrueerde begroting, in combinatie met de specificatie van de ziektekostenverzekeraar van 2 december 2011, heeft de ziektekostenverzekeraar de volgende verrichtingen, behoudens de techniek- en materiaalkosten, volledig vergoed: J44 (€ 25,83), J01 (€ 67,16), J20 (€ 201,48) en twee keer X21 (€ 123,98).
- 9.5. Uit de overgelegde stukken is het de commissie niet duidelijk geworden of de ziektekostenverzekeraar ook de kosten van de code R25, behoudens de techniek- en materiaalkosten, heeft vergoed. Indien de ziektekostenverzekeraar deze kosten nog niet heeft vergoed, is hij gehouden dit alsnog te doen.
- 9.6. Uit de begroting blijkt voorts dat vier keer een orthopantomogram (X21) is gedeclareerd ten bedrage van € 61,99. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de vergoeding van de kosten van één orthopantomogram. Aangezien de ziektekostenverzekeraar al een vergoeding heeft verleend voor twee orthopantomogrammen,

grammen blijven de kosten van de overige twee orthopantomogrammen, ten bedrage van € 123,98, voor rekening van verzoeker.

- 9.7. Ingevolge de tabel met verrichtingen komen de codes J05 (€ 46,50), J17 (€ 134,32), J23 (€ 77,49) en J97 (€ 187,92) niet voor vergoeding in aanmerking. Daarnaast bestaat op grond van artikel T12 voor de op de begroting vermelde techniek- en materiaalkosten geen dekking, hetgeen betekent dat ook de techniek- en materiaalkosten die vermeld staan bij de codes R25 (€ 500,--), J20 (€ 200,--) en J23 (€ 36,--) ten bedrage van in totaal € 736,-- voor rekening van verzoeker blijven.
- 9.8. Gelet op het voorgaande blijft van het op de begroting vermelde bedrag van € 1.951,97 een bedrag ter grootte van € 1.306,21 (€ 123,98 + € 46,50 + € 134,32 + € 77,49 + € 187,92 + € 736,--) voor rekening van verzoeker.

### **Telefonische toezegging**

- 9.9. Verzoeker heeft gesteld dat hij, voorafgaand aan de onderhavige behandeling, op 9 mei 2011 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft gehad, bij welke gelegenheid hem door één van diens medewerkers is medegedeeld dat de kosten van een implantaatbehandeling, behoudens de kosten van verrichtingencodes J23 (€ 77,49) en J05 (€ 46,50) volledig worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Een en ander is door de ziektekostenverzekeraar betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.10. Door de ziektekostenverzekeraar is een telefoonregistratie overgelegd waaruit blijkt dat verzoeker op 9 mei 2011 heeft gevraagd naar de vergoeding van de verrichtingencodes R25, J01, J20, J23, J44, X21 en J05. Uit bedoelde telefoonregistratie blijkt verder dat verzoekers vraag is beantwoord aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden en een kennisbank. Wat exact het antwoord aan verzoeker is geweest blijft echter ongewis. Uit de stellingen van verzoeker is af te leiden dat aan hem is medegedeeld dat de codes J23 en J05 niet voor vergoeding in aanmerking komen. Ten aanzien van de overige vermelde codes geldt dat niet is gebleken dat door de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Voor de overige, in de telefoonregistratie vermelde codes geldt namelijk inderdaad een vergoeding van 100 percent. Dat verzoeker naast genoemde codes ook heeft gevraagd naar de vergoeding van de andere op de begroting genoemde verrichtingen of techniek- en materiaalkosten is door hem in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Integendeel, door hem is erkend dat hij tijdens het gesprek uitsluitend de codes heeft genoemd, en niet de op de begroting vermelde bedragen, zodat in ieder geval de techniek- en materiaalkosten niet als zodanig zijn besproken.

### **Conclusie**

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de code R25, voor zover hij deze kosten nog niet heeft vergoed en behoudens de techniek- en materiaalkosten, alsnog dient te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 augustus 2012,

Voorzitter