

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400526

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 5 september 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 september 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 14 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Tand Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en AV Extra Plus. De zorgverzekering en de aanvullende verzekering AV Extra Plus zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft op 6 september 2023 van de tandarts-implantoloog een begroting ontvangen voor een bedrag van totaal € 2.923,63. Hij heeft deze begroting opgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar, met de vraag welke vergoeding hij zou ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 22 september 2023 gereageerd. Verzoeker heeft vervolgens een vergoeding ontvangen van € 224,73.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 23 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem een vergoeding te verlenen op basis van 80% voor de verrichtingen op de begroting van de tandarts-implantoloog van 6 september 2023 die niet beginnen met een "A", "C", "M" of "V".
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 5 september 2024 aangevoerd dat hij naar aanleiding van de begroting van de tandarts-implantoloog in eerste instantie telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar met de vraag welke vergoeding zou worden verleend. Hem werd door een medewerker verteld dat hij via de app van de ziektekostenverzekeraar de begroting kon uploaden, en dat hij daarop een overzicht van de vergoedingen zou ontvangen. Op 22 september 2023 ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een brief waaruit hij heeft opgemaakt dat hij vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding krijgt tot maximaal € 250,- voor de verrichtingen met codes "A", "C", "M" of "V", en dat van de overige verrichtingen op de begroting de kosten op basis van 80% van de kosten worden vergoed. In overleg met de tandarts-implantoloog heeft verzoeker besloten de gehele behandeling in 2023 te laten plaatsvinden. Verzoeker zou daarmee zijn tandartsvergoeding van € 250,- voor het jaar 2024 behouden. Hij ontving na declaratie echter een vergoeding van slechts € 224,73. Hierop heeft hij opnieuw telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. De medewerker die hij toen sprak, begreep zijn verbazing en de onduidelijkheid over de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar stelde zijn beslissing vervolgens echter niet bij.
- 3.3. De aan hem verstrekte informatie is volgens verzoeker onduidelijk en misleidend. De brief van 22 september 2023 is opgebouwd uit duidelijke alinea's, die telkens beginnen met een vetgedrukt besluit. Hieruit heeft hij opgemaakt dat hij, naast de vergoeding van € 250,- uit de aanvullende ziektekostenverzekering, een vergoeding van 80% zou ontvangen voor de andere verrichtingen op de begroting. Verzoeker heeft begrepen dat deze standaardbrief inmiddels is aangepast. Dit bevestigt hem in zijn indruk dat de tekst van de brief op meerdere manieren is te interpreteren.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij de brief van de ziektekostenverzekeraar als volgt heeft opgevat. Er bestaat aanspraak op een bedrag van € 250,- vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor de in de tweede alinea genoemde behandelingen geldt dat 100% van de kosten worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Voor de in de derde alinea genoemde behandelingen geldt dat 80% van de kosten worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Voor een leek is het lastig om te beoordelen welke kosten worden vergoed vanuit de zorgverzekering en welke vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarom is de ziektekostenverzekeraar gevraagd om toelichting. Die toelichting heeft de ziektekostenverzekeraar gegeven met de brief van 22 september 2023. Op basis van deze brief heeft verzoeker besloten om de behandeling te ondergaan en om de aanvullende ziektekostenverzekering in het jaar 2024 te laten doorlopen. Normaal gesproken worden de kosten van de tandarts bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. In dit geval ging het ook om een chirurgische behandeling. Het was niet duidelijk of kosten van de chirurgische behandeling ten laste van de zorgverzekering zouden komen. Als de brief alleen de eerste alinea zou bevatten, was het duidelijk geweest dat aanspraak bestaat op maximaal € 250,-.
- Verzoeker heeft verder opgemerkt dat hij naar de tandarts is gegaan vanwege een ontbrekende tand. Volgens de tandarts was een implantaat nodig. De tandarts heeft aangeraden om contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar om te vragen naar de vergoeding vanuit de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Met die vraag is verzoeker naar de ziektekostenverzekeraar gegaan.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 4.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 224,73. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 21 mei 2024 aangevoerd dat de tweede en derde alinea in de brief van 22 september 2023 een aanvulling vormen op de eerste alinea. In deze eerste alinea wordt uitgelegd dat de maximale vergoeding € 250,- is en hoeveel daarvan reeds door verzoeker is gebruikt. In de tweede en derde alinea wordt uitgelegd dat sommige kosten volledig worden vergoed en andere tot 80%. In beide gevallen geldt de maximering tot € 250,-. Vergoedingen uit de tandartsverzekering zijn altijd gemaximeerd tot een maximum per jaar. Uit een oogpunt van klantgerichtheid wil de ziektekostenverzekeraar verzoeker tegemoetkomen door voor 2023 ook de maximale tandvergoeding voor 2024 aan hem uit te keren, met hierbij de kanttekening dat het jaar 2024 nog niet voorbij is en hij ook in dat jaar maximaal recht heeft op een bedrag van € 250,-. Begin 2025 zal worden bekeken of verzoeker gebruik heeft gemaakt van de vergoeding uit deze verzekering en het eventuele restant zal dan naar aanleiding van de behandeling in 2023 aan hem worden overgemaakt.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 14 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat verzoeker, op het moment dat hij de brief van 22 september 2023 ontving met daarin een maximale (restant) vergoeding van € 224,73, reeds twee mondzorg behandelingen had ondergaan die hij nog niet had gedeclareerd. Deze declaraties heeft verzoeker op 28 september 2023 alsnog ingediend, waarop de ziektekostenverzekeraar hem op 29 september 2023 heeft geïnformeerd dat de maximale vergoeding voor het kalenderjaar 2023 was bereikt. Verzoeker mocht dan ook niet gerechtvaardigd erop vertrouwen dat hij meer dan de maximale vergoeding uit de aanvullende ziektekostenverzekering zou ontvangen.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het standpunt van verzoeker de vraag oproept wat hem ertoe heeft bewogen om een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten. In principe wordt een aanvullende verzekering afgesloten, omdat de kosten niet door de zorgverzekering worden vergoed. Als de brief wordt geïnterpreteerd op de wijze waarop verzoeker dat heeft gedaan, is een aanvullende verzekering niet nodig. Dan zouden een aantal behandelingen 100% en een aantal behandelingen 80% worden vergoed vanuit de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar kan deze visie niet volgen.

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 2.10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. **Beoordeling**

- 6.1. De relevante verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De aanspraak op tandheelkundige zorg is geregeld in artikel 4.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. In dit artikel is onder andere geregeld dat de maximale dekking van de verzekering € 250,- per kalenderjaar betreft. Voorts is - voor zover hier van belang - bepaald dat, tot het hiervoor genoemde maximumbedrag per kalenderjaar, de

vergoeding van "C", "M", "V" en "A"-codes 100% is en voor andere verrichtingen een vergoeding geldt van 80% per verrichting. De commissie stelt vast dat de verzekeringsvoorwaarden eenduidig zijn en geen ruimte laten voor een andere interpretatie. De vraag die moet worden beantwoord is daarmee of verzoeker de brief van de ziektekostenverzekeraar van 22 september 2023 mocht opvatten, zoals ter zitting toegelicht, namelijk zo dat hij, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, naast de maximale vergoeding van € 250,- per kalenderjaar een aparte vergoeding zou ontvangen op basis van 100% van de kosten van de op de begroting vermelde verrichtingen die beginnen met de letter "C", "M", "V" of "A" en 80% voor de andere verrichtingen op de begroting.

- 6.3. De brief van de ziektekostenverzekeraar van 22 september 2023 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"(...) U vraagt of we uw tandartskosten betalen.

We betalen dit jaar nog maximaal € 224,73 uit uw tandartsverzekering

Tot nu toe betaalden we al € 25,27 aan tandartskosten. U bent verzekerd tot € 250,- per jaar.

We betalen sommige behandelingen helemaal

- *Verdovingen (A-codes, behalve A20);*
- *Consulten (C-codes) en second opinion (C011);*
- *Mondhygiëne (M-codes) (m.u.v. M61);*
- *Vullingen (V-codes).*

We betalen 80% van de andere behandelingen op uw begroting

U leest in de voorwaarden van de tandartsverzekering welke behandelingen we betalen. (...)"

De commissie is van oordeel dat deze tekst niet anders kan worden gelezen dan dat maximaal aanspraak bestaat op een vergoeding van € 250,- per jaar en dat verzoeker hiervan al € 25,27 had opgemaakt, zodat op dat moment nog een bedrag van € 224,73 resteerde. In de brief wordt tweemaal verwezen naar de aanvullende ziektekostenverzekering ("tandartsverzekering") en voorts naar de voorwaarden daarvan, terwijl in de brief niet wordt verwezen naar de zorgverzekering, waarop verzoeker een beroep doet, zoals ter zitting toegelicht. Als de dikgedrukte koppen na elkaar worden gelezen, is duidelijk dat de ziektekostenverzekeraar eerst de totale maximale vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft genoemd (€ 250,- voor 2023), en daarna de procentuele vergoeding per groep van verrichtingencodes, dat wil zeggen: 100% of 80%, die wordt gehanteerd voor de berekening van het maximum. Dit is in overeenstemming met eerdergenoemde voorwaarde van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie kan verzoeker dan ook niet volgen in zijn lezing van de betreffende brief en concludeert dat hij op basis van die brief niet erop mocht vertrouwen dat hem voor 2023 een hogere dan de maximale vergoeding van € 250,- voor tandheelkundige kosten toekomt. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dat neemt niet weg dat de commissie er nota van heeft genomen dat de ziektekostenverzekeraar zich bereid heeft verklaard om uit coulance een eventueel niet besteed deel van de maximale vergoeding van € 250,- over het jaar 2024, alsnog naar aanleiding van de behandeling van 2023 aan verzoeker te betalen.

Slotsom

- 6.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 december 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Aanvullende tandverzekering	Dekking
AV Tand Opstap	80% van de kosten tot maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Tand Doorstap	80% van de kosten tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

4.2 Dekking AV Tand Standaard en AV Tand Extra

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering vanaf de leeftijd van achttien jaar recht op een vergoeding voor:

- mondzorg zoals genoemd in de geldende beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- materiaal- en techniekkosten.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- orthodontische behandelingen (beugels);
- cosmetische behandelingen, waaronder
 - het uitwendig bleken van elementen;
 - niet-medisch noodzakelijke facings (schildjes) die aangebracht worden om het uiterlijk van het gebit te verbeteren in een gezonde mond (prestatiecodes voor cosmetische facings);
- een mondbeschermer;
- verdoving door middel van algehele narcose;
- niet nagekomen afspraken;
- keuringsrapporten;
- autotransplantaten (H38 en H39);
- een therapeutische injectie met botox (G44).

Wie mag deze zorg verlenen

- Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).
- Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Let op!

Zorg verleend door een kaakchirurg valt in de meeste gevallen onder uw basisverzekering

Verwijzing

Voor behandeling door een kaakchirurg heeft u een verwijzing van de tandarts nodig.

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig, tenzij de zorg wordt verleend door een geregistreerd-mondhygiënist op grond van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist :

- a. bij het toepassen van ioniserende straling in het kader van onderzoek naar de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaquegerelateerde aandoeningen, en voor het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- b. bij het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratieanesthesie;
- c. bij het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Aanvullende tandverzekering	Dekking
AV Tand Standaard	Maximaal € 250,- per kalenderjaar
AV Tand Extra	Maximaal € 500,- per kalenderjaar

U heeft, met inachtneming van de genoemde uitsluitingen, tot het hierboven genoemde maximumbedrag per kalenderjaar recht op:

- a. 100% vergoeding van consultatie en diagnostiek (C-codes);
- b. 100% vergoeding van preventieve mondzorg (M-codes);
- c. 100% vergoeding van vullingen (V-codes);
- d. 100% vergoeding van verdovingen (A-codes);
- e. 80% vergoeding van de overige codes;
- f. 80% vergoeding van materiaal- en techniekkosten;
- g. 100% vergoeding van de eigen bijdrage voor de volledige onder- en/of bovenprothesen, met uitzondering van de eigen bijdrage voor materiaal- en techniekkosten. Hiervoor geldt een vergoeding van 80%.

4.3 Dekking AV Tand Optimaal

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering vanaf de leeftijd van achttien jaar recht op een vergoeding voor:

- a. mondzorg zoals genoemd in de beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- b. de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- c. materiaal- en techniekkosten;
- d. nieuw ingezette orthodontische behandelingen (beugels), zoals genoemd in de beleidsregel Orthodontische zorg van de NZa (F-codes).