

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekering N.V. te Zeist

Zaak : Mondzorg, kaakchirurg, implantaatbehandeling, bijkomende kosten, eigen risico, schadevergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 6:96 BW

Zaaknummer : 202200481

Zittingsdatum : 19 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekering N.V. te Zeist ,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 19 april 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 22 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 juli 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 augustus 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022030132) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 augustus 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 oktober 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 25 oktober 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 augustus 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 1 november 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand 3 sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Maxeda DIY 3 sterren is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft in 2021 een implantaat laten aanbrengen door de kaakchirurg. De nota hiervan heeft zij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft een aantal kostenposten (gedeeltelijk) vergoed ten laste van de aanvullende

ziekttekostenverzekering. Daarnaast zijn enkele kostenposten vergoed ten laste van de zorgverzekering. Deze laatste vergoedingen zijn verrekend met het verplicht eigen risico 2021.

- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 26 november 2021, 23 december 2021 en 20 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Bij brief van 4 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een toelichting gegeven op zijn beslissing.
- 3.4. Bij brief van 30 augustus 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie, naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut, bij brief van 6 september 2022 meegedeeld dat hij alsnog tegemoetkomt aan het verzoek van verzoekster. De commissie heeft verzoekster vervolgens gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Verzoekster heeft zowel telefonisch als bij brief van 30 september 2022 aan de commissie meegedeeld dat het geschil niet is opgelost. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar hierover bij brieven van 26 september 2022 en 6 oktober 2022 geïnformeerd.
- 3.6. Bij brief van 1 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat enkele kostenposten ten onrechte zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en dat deze ten onrechte zijn verrekend met het verplicht eigen risico 2021.
- 4.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd dat al deze kostenposten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering moeten komen. De implantaatbehandeling door de kaakchirurg wordt immers niet vergoed op basis van de zorgverzekering, dus heeft hetzelfde te gelden voor bijvoorbeeld het eerste consult bij de kaakchirurg en de beoordeling van de röntgenfoto's. Deze zijn immers onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Verzoekster merkt op dat zij in 2020 eveneens een implantaat heeft laten aanbrengen. Dit is destijds gedaan door de tandarts. De kosten hiervan werden toen volledig ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed.

- 4.3. Verzoekster heeft bij brief van 30 september 2022, in reactie op de brief van 6 september 2022 van de ziektekostenverzekeraar, aan de commissie meegedeeld dat het geschil niet is opgelost. Zij vindt de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar haar dossier heeft behandeld beschamend. Keer op keer heeft de ziektekostenverzekeraar haar klacht afgewezen. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar - ná het voorlopig advies van het Zorginstituut te hebben ontvangen - geconcludeerd dat verzoekster toch gelijk had. Dit echter niet dan nadat hij eerst nog zijn adviserend tandarts had geraadpleegd. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar in zijn brief dat hij ervan uitgaat dat het juridische proces komt te vervallen wanneer verzoekster het geschil intrekt. Dit heeft volgens verzoekster veel weg van een dreigement. Zij merkt op dat door de ziektekostenverzekeraar geen excuses zijn aangeboden. Daarnaast vindt verzoekster het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar gelijktijdig met zijn brief aan de commissie de ten onrechte ingehouden vergoeding naar haar bankrekening heeft overgemaakt.

Verzoekster vindt dat de ziektekostenverzekeraar haar onheus heeft bejegend. Zij heeft veel tijd moeten besteden en moeite moeten doen om haar gelijk te krijgen. Zij vordert daarom een bedrag van totaal € 807,-. Dit betreft een bedrag van € 250,- ter genoegdoening van "de structurele ontkenning en traineren". Daarnaast wordt het voor de onderhavige procedure

betaalde entreegeld van € 37,- alsmede een vergoeding voor de tijd die zij aan deze kwestie heeft besteed, te weten acht uren á € 65,-.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog het volgende aangevoerd. Verzoekster is van mening dat de gevorderde schadevergoeding voldoende is gespecificeerd. Haar echtgenoot heeft veel tijd besteed aan de onderhavige kwestie. En tijd is geld. Verzoekster vordert slechts een fractie van de kosten die zij en haar echtgenoot werkelijk hebben gemaakt voor de onderhavige kwestie. Als zij hiervoor iemand had moeten inhuren, had dit ook geld gekost. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd, heeft de echtgenoot van verzoekster verklaard dat de emotie, waarvoor schadevergoeding wordt gevorderd, bij hem zit. Hij doet alles voor zijn echtgenote. Verder heeft de echtgenoot toegelicht dat hij voor de berekening van de schadevergoeding is uitgegaan van een juristentarief, maar dat hij dit tarief heeft gematigd, omdat hij reeds is gepensioneerd.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar was aanvankelijk van mening dat hij de gedeclareerde kosten op juiste wijze had vergoed. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de meeste kosten van een kaakchirurg worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De kosten van het maken en beoordelen van een röntgenfoto door de kaakchirurg vallen dus altijd onder de zorgverzekering. Daarom is hierop het eigen risico van toepassing. Alleen het aanbrengen van een solitair implantaat is uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Deze laatste kosten zijn daarom door hem vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. Naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut van 30 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 6 september 2022 aan de commissie meegedeeld dat hij dit advies heeft voorgelegd aan zijn adviserend tandarts. Deze is tot de conclusie gekomen dat de in geschil zijnde behandelingen niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de betreffende behandelingen alsnog ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zal vergoeden. De correcties zijn inmiddels uitgevoerd in de administratie van de ziektekostenverzekeraar.

Het verplicht eigen risico dat in rekening was gebracht is gecorrigeerd. Het hiermee gemoeide bedrag wordt niet aan verzoekster terugbetaald, omdat het opengevallen eigen risico is volgemaakt met andere kosten die zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering.

Door de correcties zijn drie vorderingen ontstaan van de ziektekostenverzekeraar op het ziekenhuis. De vorderingen betreffen het verschil tussen de door de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis uitgekeerde bedragen en de hoogte van de vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het ziekenhuis kan besluiten deze bedragen van in totaal € 268,46 bij verzoekster in rekening te brengen.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog het volgende aangevoerd. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij niet toerekenbaar tekort is gekomen of onrechtmatig heeft gehandeld. Hij heeft de gedeclareerde kosten immers niet afgewezen, maar heeft deze vergoed ten laste van de verkeerde verzekering. Daarnaast is de gevorderde schadevergoeding niet onderbouwd. Weliswaar zijn er fouten gemaakt en is er veel over en weer gecorrespondeerd, maar de ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding om een schadevergoeding aan verzoekster te betalen, ook niet uit coulance.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 30 augustus 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Verzoekster en verweerder verschillen van mening over de vraag of de kosten van het consult, en het maken en beoordelen van de röntgenfoto's in verband met het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg onder de basisverzekering vallen. Niet in geschil is dat het plaatsen van het implantaat niet onder de basisverzekering valt.

Bezien vanuit de Zvw is het niet zo dat een consult en eventuele diagnostiek dat voorafgaat aan een eventuele behandeling, altijd verzekerde basiszorg is. Het hangt af van de omstandigheden van het geval. Er zijn twee situaties te onderscheiden:

1 Wanneer een patiënt (vanuit de eerste lijn) wordt doorverwezen naar een medisch specialist voor een behandeling, terwijl op dat moment al vaststaat dat die behandeling geen verzekerde zorg is, is het daaraan voorafgaande consult (en eventuele diagnostiek) bij de medisch specialist ook geen verzekerde zorg. (...)

2 Wanneer een patiënt (vanuit de eerste lijn) wordt doorverwezen naar een medisch specialist voor een behandeling, terwijl op dat moment nog niet vaststaat welke behandeling zal volgen (en derhalve ook niet of die behandeling verzekerde zorg is), is een consult en eventuele diagnostiek ter bepaling van de vervolgbehandeling wel verzekerde zorg. (...)

In het geval van verzoekster lijkt ten tijde van de doorverwijzing al vast te staan dat er een implantaat geplaatst gaat worden door de kaakchirurg. In dat geval is situatie 1 van toepassing. Artikel 2.7 lid 5, sub a van het Bzv staat daar niet aan in de weg. Dit artikel moet niet zo worden geïnterpreteerd dat alleen het feitelijk plaatsen van een implantaat niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering en dat de overige zorg samenhangend met het plaatsen van het implantaat wel voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. Als dit de bedoeling van de wetgever was geweest zou dit (naar verwachting) in de toelichting zijn beschreven gelet op de hierboven geschetste algemene lijn van de Zvw.

Conclusie

Indien ten tijde van de doorverwijzing naar de kaakchirurg al vaststond dat er een implantaat werd geplaatst bij verzoekster, is geen sprake van verzekerde basiszorg. In dat geval komen het consult, en het maken en beoordelen van de röntgenfoto's in verband met het plaatsen van het implantaat ook niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van basisverzekering. Mocht ten tijde van de doorverwijzing toch niet vast hebben gestaan dat er een implantaat geplaatst ging worden, dan vallen het consult en het maken en beoordelen van de röntgenfoto's wel onder de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 1 november 2022 heeft het Zorginstituut, verklaard:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Partijen waren aanvankelijk verdeeld over het antwoord op de vraag of de bijkomende kosten in het kader van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat door een kaakchirurg onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Inmiddels is de ziektekostenverzekeraar het met verzoekster eens dat dit niet het geval is en heeft gedeeltelijke vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering plaatsgevonden. Tevens is het verplicht eigen risico gecorrigeerd. Wat partijen nu nog verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar - gezien het verloop van de procedure - aan verzoekster een schadevergoeding moet betalen.

Schadevergoeding

- 8.3. Verzoekster heeft verzocht om toekenning van de door haar in de brief van 30 september 2022 genoemde schadevergoeding. Verzoekster heeft ter onderbouwing daarvan een overzicht overgelegd van de door haar ontvangen correspondentie in deze zaak. Op grond van artikel 21.2 van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen kan de commissie beslissen dat een verzekeraar aan betrokkene het betaalde entreegeld moet vergoeden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid tot het toekennen van een vergoeding voor de door betrokkene gemaakte kosten van de klachtbehandeling. Hierbij gelden de volgende voorwaarden: (i) betrokkene krijgt geheel of gedeeltelijk gelijk, (ii) betrokkene vraagt om de vergoeding, (iii) het is redelijk dat de kosten door betrokkene zijn gemaakt, en (iv) de omvang van de kosten is redelijk.

De commissie kan op grond van het Reglement geen vergoeding voor immateriële schade, waaronder ook emotionele schade kan vallen, toekennen. De echtgenoot van verzoekster, die in deze procedure optreedt als haar gemachtigde, heeft bovendien ter zitting verklaard dat het emotionele probleem bij hem zat. De vordering van € 250,- voor de geleden emotionele schade wordt daarom afgewezen.

Daarnaast heeft verzoekster vergoeding gevorderd voor de tijd die zij, dan wel haar echtgenoot, heeft besteed aan de onderhavige kwestie, in totaal acht uren tegen een tarief van € 65,- per uur. De commissie overweegt dat verzoekster geen deugdelijke onderbouwing heeft gegeven voor het door haar gevorderde bedrag en het door haar gekozen uurtarief. Bovendien is geen sprake van door haar gemaakte kosten of geleden schade. Er zijn immers geen kosten in rekening gebracht door een derde en evenmin heeft zij noch haar echtgenoot inkomsten misgelopen. De tijd die haar echtgenoot heeft besteed aan de onderhavige kwestie valt binnen de kaders van wat van hem als echtgenoot in redelijkheid mag worden verwacht ter ondersteuning van zijn echtgenote. De commissie merkt hierbij ten algemene op dat consumenten soms tijd moeten besteden aan zaken als de onderhavige, zonder dat hier een tegemoetkoming tegenover staat. Het gevorderde bedrag van € 520,- wordt daarom afgewezen.

De commissie acht wel termen aanwezig voor vergoeding van het door verzoekster betaalde entreegeld van € 37,-. De ziektekostenverzekeraar heeft immers de gedeclareerde kosten toegerekend aan de verkeerde verzekering en hij is hiermee tekort geschoten. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 6 september 2022 erkend dat de behandelingen van 20 juli 2021, 31 augustus 2021 en 6 december 2021 ten onrechte ten laste van de zorgverzekering zijn gebracht.

Slotsom

8.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (ii) en wijst het meer of anders gevorderde af.

Zeist, 14 december 2022,

L. Ritzema

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

- artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 6:96 BW

2. Voorwaarden zorgverzekering

- art. B.8

3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

- art. G.1

4. Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen

- art. 21

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Geldig van 21-07-2019 t/m heden

Artikel 96

- 1 Vermogensschade omvat zowel geleden verlies als gederfde winst.
- 2 Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:
 - a. redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;
 - b. redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;
 - c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.
- 3 Lid 2 onder b en c is niet van toepassing voor zover in het gegeven geval krachtens artikel 241 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering de regels betreffende de proceskosten van toepassing zijn.
- 4 In geval van een handelsovereenkomst als bedoeld in artikel 119a lid 1 of artikel 119b lid 1 bestaat de vergoeding van kosten bedoeld in lid 2 onder c uit ten minste een bedrag van 40 euro. Dit bedrag is zonder aanmaning verschuldigd vanaf de dag volgende op de dag waarop de wettelijke of overeengekomen uiterste dag van betaling is verstreken. Hiervan kan niet ten nadele van de schuldeiser worden afgeweken.
- 5 Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld voor de vergoeding van kosten als bedoeld in lid 2 onder c. Van deze regels kan niet ten nadele van de schuldenaar worden afgeweken indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf. In dit geval mist artikel 241, eerste volzin, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering toepassing.
- 6 De vergoeding volgens de nadere regels kan indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf, eerst verschuldigd worden nadat de schuldenaar na het intreden van het verzuim, bedoeld in artikel 81, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, waaronder de vergoeding die in overeenstemming

met de nadere regels wordt gevorderd, vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van veertien dagen, aanvangende de dag na aanmaning.

- 7** Indien een schuldenaar voor meer dan een vordering door een schuldeiser kan worden aangemaand als bedoeld in lid 6, dan dient dit in één aanmaning te geschieden. Voor de berekening van de vergoeding worden de hoofdsommen van deze vorderingen bij elkaar opgeteld.

Informatie bij artikel 20.1

Veel klachten die de SKGZ behandelt gaan over gevoelige persoonsgegevens. Bijvoorbeeld over iemands gezondheid of financiële situatie. Een standaard e-mail is niet veilig genoeg. Op het moment van vaststellen van dit reglement is alleen de SKGZ-berichtenbox toegestaan. De SKGZ kan ook andere digitale adressen toestaan, als die veilig genoeg zijn.

Informatie bij artikel 20.2 en 20.3

Heeft een partij een vertegenwoordiger, dan verloopt het contact via deze vertegenwoordiger. De consument of de ziektekostenverzekeraar krijgt dan zelf geen berichten.

Artikel 21 Kosten

- 21.1. De kosten zijn voor rekening van de partij die deze maakt.
- 21.2. In haar uitspraak kan de Geschillencommissie alsnog beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:
 - a. het betaalde klachtgeld vergoedt.
 - b. aan de consument een vergoeding betaalt voor de door hem gemaakte kosten van de klachtbehandeling, maar alleen:
 - i. als de consument in de uitspraak geheel of gedeeltelijk gelijk krijgt;
 - ii. als de consument daarom vraagt;
 - iii. als het redelijk is dat de kosten door de consument zijn gemaakt; en
 - iv. de omvang van de kosten redelijk is.
- 21.3. De Geschillencommissie kent geen andere vergoedingen toe dan genoemd in 21.2. De vergoeding is maximaal € 5.000,00.

Informatie bij artikel 21.1

Uitgangspunt is dat elke partij zelf de kosten betaalt die hij maakt voor de klachtbehandeling. Denk bijvoorbeeld aan de kosten voor:

- kopieën en postzegels;
- een advocaat, adviseur, deskundige, getuige, vertaler of tolk;
- het opvragen van documenten bij de arts of een verklaring van een arts;
- reizen en parkeren; of
- tijd die aan de klacht is besteed.

Artikel 22 Taal

- 22.1. Een klacht behandelt de SKGZ in het Nederlands.
- 22.2. Is de klacht of een document geschreven in een andere taal dan het Nederlands of Engels, dan kan de SKGZ vragen om een vertaling daarvan. Ook kan gevraagd worden om een vertaling door een beëdigde vertaler.
- 22.3. De consument kan zich laten bijstaan door een tolk. De Ombudsman en de Geschillencommissie kunnen vragen om een beëdigde tolk.

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de [Wet langdurige zorg](#).

Artikel 11

1 De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
- b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2 In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3 Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

4 In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:

- a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
- b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in [artikel 10, onderdelen a, c en d](#), nader wordt geregeld;
- c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

5 Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.

6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

B.7 Fronttandvervangning voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval en is deze indicatie aantoonbaar voor het 18e levensjaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Dit omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor het recht op een fronttandbehandeling

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of tandarts-specialist.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel [B.30](#).

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

1. Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond.
3. Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
 - correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
 - osteotomie (kaakoperatie);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
 - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
 - plastische chirurgie.
4. Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. parodontale chirurgie;
- b. het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- c. een ongecompliceerde extractie;
- d. autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

G. Vergoedingen Aanvullend Tand 1, 2, 3, en 4 sterren

G.1 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u Aanvullend Tand 1, 2, 3, of 4 sterren afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.

Wat krijgt u vergoed?

Wij vergoeden 100% van de kosten van verdovingen (A-codes), consulten en controles (C-codes), tandvleesbehandelingen (codes T21 en T22), vullingen (V-codes), foto's (X-codes) en extracties (H-codes).

Vergoeding kosten overige behandelingen

Heeft u een Aanvullend Tand 1, 2, 3, of 4 sterren? Dan vergoeden wij de kosten van overige behandelingen voor maximaal 75%. Als u een Aanvullend Tand 4 sterren heeft, is dit 100% met uitzondering van mondhygiëne (M-codes). Deze kosten vergoeden wij voor 75%.

Wat mag een mondhygiënist declareren?

U heeft recht op controles, röntgenfoto's, verdovingen, mondhygiëne, behandeling van tandvleesaandoeningen en kleine vullingen voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist.

Wat mag een tandprotheticus declareren?

U heeft recht op het laten maken, repareren en opvullen van gedeeltelijke kunstgebitten (plaatjes of frames) voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de tandprotheticus.

Wat mag een kaakchirurg declareren?

U heeft recht op parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door een kaakchirurg als deze kosten niet worden vergoed vanuit uw basisverzekering (zie artikel [B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie](#), [B.10 Implantaten](#), [B.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap](#) en [B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen](#)).

Wat mag een tandtechnicus declareren?

U heeft recht op kleine reparaties aan een gedeeltelijk kunstgebit (plaatje of frame) door een tandtechnicus als er geen handelingen in de mond nodig zijn voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de tandtechnicus. Dit betreft het opnieuw vastzetten of vervangen van een tand of kies en het herstellen van een scheur in het gedeeltelijk kunstgebit. Zit er een breuk in uw gedeeltelijk kunstgebit? Dan moet de reparatie uitgevoerd worden door een tandarts en niet door een tandtechnicus. Bij een scheur is uw gedeeltelijk kunstgebit kapot, maar nog één geheel. Bij een breuk is uw gedeeltelijke kunstgebit in 2 of meer delen uiteengevallen.

Let op!

Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen aanvullende tandheelkundige verzekering nog niet is bereikt.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76);
- b. een afspraak die u niet bent nagekomen (C90);
- c. een niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05);
- d. een fluoridebehandeling (M40);
- e. uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- f. mandibulair repositieapparaat (MRA: een beugel tegen snurken) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- g. orthodontie;
- h. abonnementen;
- i. volledige narcose en lachgas;
- j. gecompliceerde extractie door de kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed;
- k. gedeeltelijk voltooid werk;
- l. autotransplantaten (J39);
- m. een therapeutische injectie met botox (G44).

Maximale vergoedingen

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten.

Aanvullend	Dekking
Tand 1 ster	<ul style="list-style-type: none"> • Wij vergoeden A-codes, C-codes, de codes T21 en T22, V-codes, X-codes en H-codes voor 100%. • Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten. • De totale vergoeding is maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar.
Tand 2 sterren	<ul style="list-style-type: none"> • Wij vergoeden A-codes, C-codes, de codes T21 en T22, V-codes, X-codes en H-codes voor 100%. • Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten. • De totale vergoeding is maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.
Tand 3 sterren	<ul style="list-style-type: none"> • Wij vergoeden A-codes, C-codes, de codes T21 en T22, V-codes, X-codes en H-codes voor 100%. • Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten. • De totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar.
Tand 4 sterren	<ul style="list-style-type: none"> • Wij vergoeden M-codes voor 75%. • Overige codes vergoeden wij voor 100%. • De totale vergoeding is maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar.

G.2 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
2. Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
3. Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
4. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.
5. Autotransplantaten (I39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a. ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b. grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c. het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d. deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Aanvullend	Dekking
Tand 1 ster	maximaal € 2.000,- per ongeval voor zover deze kosten niet uit de basisverzekering worden vergoed
Tand 2 sterren	maximaal € 2.000,- per ongeval voor zover deze kosten niet uit de basisverzekering worden vergoed
Tand 3 sterren	maximaal € 2.000,- per ongeval voor zover deze kosten niet uit de basisverzekering worden vergoed
Tand 4 sterren	maximaal € 2.000,- per ongeval voor zover deze kosten niet uit de basisverzekering worden vergoed