

# BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en D, beide te E  
Zaak : Mondzorg, implantaten, onduidelijke voorwaarden  
Zaaknummer : 2010.01996  
Zittingsdatum : 6 juli 2011

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een implantaat (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringspecificatie van 28 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 350,42, worden vergoed.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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

3.4. Bij brief van 12 januari 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 april 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 april 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2011 telefonisch gehoord.

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

- 4.1. Verzoekster stelt dat bij haar één implantaat is ingebracht. De voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bieden dekking voor maximaal twee implantaten per kalenderjaar. Enkel de bijkomende kosten voor het ziekenhuis, de materiaal- of techniekkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking. Verzoekster begrijpt dat het bedrag van € 242,89 – dat betrekking heeft op materiaal- en techniekkosten – niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat deze post onder bedoelde uitsluiting valt. De ziektekostenverzekeraar rekent het implantaat zelf echter ten onrechte aan als “bijkomende kosten”, aangezien het implantaat juist de hoofdzaak is van de ingreep. Onder bijkomende kosten verstaat verzoekster bijvoorbeeld extra materiaal ter opvulling.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij zich bij de ziektekostenverzekeraar heeft gemeld in verband met een noodzakelijke implantaatbehandeling. Volgens de verzekeringsvoorwaarden worden het plaatsen en vrijleggen van het implantaat vergoed, met een maximum van twee per kalenderjaar. In reactie op haar klachtbrief kreeg verzoekster de mededeling dat de kosten van het implantaat zelf niet onder de dekking vallen. Na plaatsing kreeg verzoekster een nota van het ziekenhuis. De daarin vermelde code kon zij niet terugvinden in de voorwaarden. Daarom heeft zij hierover met de ziektekostenverzekeraar gebeld. De betreffende medewerker kon de code ook niet vinden en zei haar dat deze dan wel bij de behandeling zou horen. Van het gesprek is kennelijk geen notitie gemaakt. Verzoekster merkt verder op dat zij de polisvoorwaarden van het jaar 2010, waarin de code wel is vermeld, niet heeft ontvangen.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de kosten van het plaatsen van de implantaten ten bedrage van € 350,42 aan verzoekster zijn vergoed. De gedeclareerde kosten van € 375,67 hebben betrekking op verrichtingencode 238062. Het betreft hier bijkomende kosten waarvoor geen dekking is opgenomen in de aanvullende ziektekostenverzekering. De betreffende kosten kunnen om die reden niet ten laste van deze verzekering komen. De gedeclareerde kosten van € 242,89 hebben betrekking op verrichtingencode 238060. Deze code heeft betrekking op materiaal- en techniekkosten, en komt om die reden niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

tenverzekering in aanmerking.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het hier gaat om materiaalkosten, waarvoor geen dekking bestaat. Bij de codes is een '2' vermeld die verwijst naar de techniek- en materiaalkosten. Omdat het hier 'flexibele' kosten betreft, is besloten hiervoor geen vergoeding op te nemen. In 2010 is expliciet in de voorwaarden vermeld dat bij deze code geen vergoeding plaatsvindt. In 2009 was dit niet het geval. Wel was een uitsluiting voor techniek- en materiaalkosten opgenomen.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 350,42 te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

8.2. Artikel T3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"U krijgt vergoeding van kosten volgens de tabel met verrichtingen die hierna volgt. De meest recente versie van de tabel is geldig. (...)"*

Artikel T12 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

*"U krijgt niet meer dan twee implantaten per kalenderjaar vergoed. Zie T3. (...)  
Bent u 22 jaar of ouder? Techniekkosten en materiaalkosten worden niet vergoed. (...)"*

In de 'lijst met verrichtingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering, is het volgende bepaald:

|        |                                       |             |
|--------|---------------------------------------|-------------|
| 238060 | Plaatsen eerste implantaat in de kaak | max 2, 100% |
| 238061 | Elk volgend implantaat per kaak       | max 2, 100% |
| 238062 | Kosten implantaat                     | -           |
| 238063 | Vrijleggen van implantaten            | 100%"       |

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De kaakchirurg heeft op de nota twee verrichtingencodes vermeld. Aan de code 238060 zijn twee bedragen verbonden, namelijk € 242,89 voor “plaatsen van eerste permu” en € 350,42 voor “honorarium kaakchirurgie”. Aan de verrichtingencode 238062 is een bedrag van € 375,67 verbonden voor “kosten implantaten”. Het bedrag van € 350,42 is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster betaald. Partijen zijn het erover eens dat het bedrag van € 242,89 is uitgesloten van vergoeding.
- 9.2. Het bedrag van € 375,67, dat is gedeclareerd met verrichtingencode 238062, heeft betrekking op kosten van implantaten. Op de ‘lijst met verrichtingen’ van de aanvullende ziektekostenverzekering is door middel van een liggend streepje aangegeven dat deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Deze voorwaarden zijn duidelijk en begrijpelijk geformuleerd, zodat verzoekster had kunnen en moeten begrijpen dat de kosten van het implantaat niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 9.3. Voor zover verzoekster zich erop beroept dat zij de polisvoorwaarden van 2010 niet heeft ontvangen, geldt dat ook in 2009 een uitsluiting was opgenomen voor techniek- en materiaalkosten. De commissie is van oordeel dat het implantaat zelf is aan te merken als materiaal, en dat de kosten hiervan om die reden zijn te duiden als “materiaalkosten”.

**Conclusie**

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 juli 2011,

Voorzitter