

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vs. C en E te D  
Zaak : Mondzorg, flapoperatie  
Zaaknummer : 2008.01648  
Zittingsdatum : 14 januari 2008

Zaak: 2008.01648 (mondzorg, flapoperatie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C en E, beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 11 april 2008 de kosten van een flapoperatie (code T71) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Het betreft hier schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een flapoperatie (code T71) ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Met uitkeringsbericht van 11 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 23 juni 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 10 september 2008 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek was een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 4 november 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 november 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en zorgverzekeraar hebben op 2 respectievelijk 5 december 2008 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 26 november 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 december 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een indicatie zoals vermeld in artikel B29.1 van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 december 2008 aan partijen gezonden.

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

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij met toestemming en voor rekening van de ziektekostenverzekeraar een implantaatbehandeling heeft ondergaan. De flapoperatie, die hij moest ondergaan vanwege terugkerende ontstekingen, betitelt hij als "gevolgschade". Er bestaat volgens hem een causaal verband tussen deze operatie en de implantaatbehandeling.  
Verzoeker licht toe dat de behandelend kaakchirurg in eerste instantie heeft getracht het probleem op te lossen. Toen dit niet lukte heeft hij zich, op advies van zijn tandarts, tot het ACTA gewend, alwaar de onderhavige ingreep is uitgevoerd. Verzoeker verwijst naar artikel B29.1 van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de flapoperatie niet onder de noemer bijzondere tandheelkunde kan worden vergoed.  
Op grond van een aanvullende tandartsverzekering kan wel aanspraak bestaan op vergoeding, doch een dergelijke verzekering werd door verzoeker niet gesloten.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

#### 6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het Reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de door hem ondergane flapoperatie ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg.  
Artikel B29.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat. Voor zover hier van belang, luidt genoemd artikel aldus:

*“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.*

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

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft u recht op het aanbrengen van implantaten en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen.*
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft, die in directe relatie staat tot de benodigde tandheelkundige behandeling,*
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.*

*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. (...).”*

- 7.3. In artikel B1 van de zorgverzekering is opgenomen dat de overheid het verzekerde pakket van de Basisverzekering vaststelt. De Zvw en de daarbij behorende regelgeving schrijven voor waarvoor men verzekerd moet zijn. Elke zorgverzekeraar moet zich strikt aan die wet- en regelgeving houden. In de verzekeringsvoorwaarden heeft de ziektekostenverzekeraar zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor men is verzekerd. Als iets in die verzekeringsvoorwaarden op een bepaald punt niet helemaal overeenkomt met de wettelijke regeling, dan geldt op dat punt hetgeen in de toepasselijke wet- of regelgeving staat.
- 7.4. 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 verzekerd 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 van het Besluit zorgverze-

kering (Bzv).

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In het onderhavige geschil staat niet ter discussie dat verzoeker een indicatie had voor een implantaatbehandeling. De commissie stelt vervolgens vast dat de uitgevoerde flapoperatie geen onderdeel vormt van de aangevraagde, en door middel van de afgegeven machtiging door de ziektekostenverzekeraar akkoord bevonden behandeling, en dat die operatie om die reden apart moet worden beoordeeld. Met betrekking tot de betreffende ingreep geldt dat een indicatie voor bijzondere tandheelkunde, zoals genoemd in artikel B29.1, ontbreekt. Er is met name niet gebleken dat sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Het betreft hier reguliere tandheelkunde; dat de operatie is uitgevoerd in het ACTA maakt dit niet anders.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

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

- 7.8. In de door verzoeker gesloten aanvullende ziektekostenverzekering is geen dekking opgenomen voor de kosten van tandheelkundige zorg, zodat het verzoek, voor zover dat ziet op deze verzekering, dient te worden afgewezen.

#### **Slotsom**

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

#### **8. Het bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 januari 2009,

Voorzitter