

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, implantaatbehandeling, kunstfout
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018 en 2022, artt. 7:446 e.v. BW, art.
150 Rv
Zaaknummer : 202201985
Zittingsdatum : 5 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier en brief van 19 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 7 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 februari 2023 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailbericht van 23 maart 2023 heeft verzoeker de commissie aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 1 februari 2018 is bij verzoeker een implantaat aangebracht. De kosten hiervan zijn (deels) vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Na een bacteriële infectie is het implantaat in 2022 verwijderd en is een nieuw implantaat aangebracht.
- 3.3. Bij zorgkostenfactuur van 7 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat van de kosten ten bedrage van in totaal € 1.919,85 een deel, te weten € 102,15, wordt vergoed. Verzoeker heeft bij brief van 10 september 2022 verzocht om heroverweging van deze beslissing. Op 3 oktober 2022 belde hij met de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van diezelfde datum heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker laten weten zijn beslissing te handhaven.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is zijn situatie door een deskundige te laten onderzoeken, en vanwege de door de

tandarts gemaakte fout het bedrag van de implantaatbehandeling volledig te vergoeden dan wel een vergoeding van € 1.000,- aan hem te verlenen op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 4.2. In dit verband stelt verzoeker dat zijn vorige tandarts een kunstfout heeft gemaakt bij het aanbrengen van het implantaat. Er was namelijk sprake van te weinig palatinaal bot. Hierdoor is het implantaat los geraakt en is een bacteriële ontsteking gevolgd die tot verlies van het implantaat heeft geleid. Een en ander is verzoeker bevestigd door zijn huidige tandarts. Bij een telefonisch contact, in juni 2022, met de ziektekostenverzekeraar, is verzoeker verteld dat zijn situatie zou worden beoordeeld door een deskundige en dat hij eventueel financieel zou worden gecompenseerd. Eind augustus 2022 bleek het advies nog niet te zijn ingewonnen en werd verzoeker verzekerd dat het advies binnen tien dagen beschikbaar zou komen. Toen het advies nog steeds niet was ontvangen diende verzoeker bij brief van 10 september 2022 een klacht in. Tijdens een volgend telefonisch contact op 3 oktober 2022 bleek dat de ziektekostenverzekeraar nog geen deskundige had geraadpleegd. Tevens werd verzoeker verteld dat hiertoe alleen zou worden overgegaan als de kunstfout was gemaakt door een gecontracteerde tandarts. Verzoeker verwijst naar artikel 1.5 van de zorgverzekering. Hieruit blijkt dat het onderscheid wel/niet gecontracteerd uitsluitend van belang is voor de hoogte van de vergoeding. Om die reden meent verzoeker dat zijn situatie moet worden beoordeeld door een deskundige, ook nu het implantaat in 2018 is aangebracht door een niet gecontracteerde tandarts. Vanwege de fout die de vorige tandarts heeft gemaakt, dient de ziektekostenverzekeraar de kosten van de implantaatbehandeling in 2022 volledig te vergoeden. Deze bedragen volgens verzoeker ca. € 2.200,- en hiervan is € 102,15 vergoed. Subsidiair vordert verzoeker vergoeding van een bedrag van € 1.000,-. Dit is de maximale vergoeding op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. Volgens verzoeker is de beslissing van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende gemotiveerd.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop toegelicht dat hij geen uitspraak wil of aanspraak bestaat op grond van de zorgverzekering en dat door hem in dit kader specifiek een beroep wordt gedaan op de aanvullende ziektekostenzorgverzekering. Hierbij stelt verzoeker zich primair op het standpunt dat een zorgverzekeraar de kosten die voortvloeien uit fouten die zijn gemaakt door een zorgaanbieder moet vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft zich eerder op het standpunt gesteld dat deze resultaatsverplichting alleen van toepassing is bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoeker is het met deze stelling niet eens. Enerzijds omdat in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering geen onderscheid wordt gemaakt tussen gecontracteerde zorgaanbieders en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Daar komt bij dat de zorgplicht en de daaruit voortvloeiende resultaatsverplichting onverminderd gelden in geval een verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verder is door verzoeker benadrukt dat hij meerdere keren telefonisch contact heeft gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens minimaal één contact is hem meegedeeld dat een deskundige van de ziektekostenverzekeraar het dossier zou beoordelen. Als deze tot de conclusie zou komen dat door de vorige tandarts een fout was gemaakt, dan zouden de kosten worden vergoed. In een later gesprek werd verzoeker te kennen gegeven dat dit alleen zou plaatsvinden als de betrokken zorgaanbieder was gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard geen grond te zien voor een verdergaande vergoeding dan reeds is uitgekeerd. Het betreft hier een zorgaanbieder die in 2018 niet was gecontracteerd. Verzoeker kan bij de tandarts een klacht indienen. Komen zij er samen niet uit, dan kan verzoeker zich wenden tot het Tandheelkundig Informatie Punt (TIP).

De aanvullende ziektekostenverzekering kent een dekking van maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. Van de J-codes wordt volgens de verzekeringsvoorwaarden 80% vergoed, tot eerder genoemd maximum. Omdat van het maximum destijds nog € 102,15 resteerde, is dit bedrag aan verzoeker vergoed.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat ook als de zorgaanbieder was gecontracteerd de kosten van het herstel niet volledig zouden worden vergoed. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op maximaal € 1.000,- en deze vergoeding heeft verzoeker ontvangen. Voor zover verzoeker stelt dat hem bepaalde telefonische toezeggingen zijn gedaan, geldt dat de ziektekostenverzekeraar hiervan niets heeft kunnen terugvinden in het systeem.
- 5.3. 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. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) 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.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.2. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van tandheelkundige kosten tot een maximum van € 1.000,- per kalenderjaar. Tussen partijen staat vast dat hiervan ten tijde van het declareren van de implantaatbehandeling in 2022 nog € 102,15 resteerde en dat dit bedrag, na ontvangst van de desbetreffende nota, aan verzoeker is vergoed. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden meer te vergoeden dan het maximumbedrag oordeelt de commissie dat de verzekeringsvoorwaarden hiervoor geen basis bieden.

Ook anderszins valt niet in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar gehouden zou zijn de kosten volledig of tot een bedrag van € 1.000,- (de maximale vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering voor deze zorg) te vergoeden. De omstandigheid dat de vorige tandarts een fout zou hebben gemaakt - hetgeen overigens geenszins vaststaat - betekent, anders dan verzoeker veronderstelt, immers niet automatisch dat de ziektekostenverzekeraar de hieruit voortvloeiende kosten moet vergoeden. Door de ziektekostenverzekeraar is voorts onweersproken gesteld dat de zorgaanbieder in 2018 niet door hem was gecontracteerd. Dit betekent dat tussen hen geen afspraken zijn gemaakt over kwaliteit en dat hierop ook geen controle werd uitgevoerd door de ziektekostenverzekeraar. Het ligt in een dergelijke situatie op de weg van degene die de behandelingsovereenkomst met de door hem gekozen zorgaanbieder aangaat - in dit geval verzoeker - deze zorgaanbieder zelf voor eventuele schade aansprakelijk te stellen. De contractuele verplichting van de ziektekostenverzekeraar gaat in dit geval niet verder dan het vergoeden van de verzekerde zorg tot het bedrag van het in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximum. Hieraan is voldaan. De verwijzing, door verzoeker, naar de zorgplicht van artikel 11 Zvw en de volgens hem hieruit voortvloeiende resultaatsverplichting treft geen doel

omdat deze zorgplicht beperkt blijft tot de zorgverzekering. Die verzekering is hier niet in het geding, zoals door verzoeker ter zitting is bevestigd.

Telefonisch toezegging(en)

- 7.3. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar hem aanvankelijk bij verschillende gelegenheden telefonisch heeft meegedeeld dat hij financieel zal worden gecompenseerd als blijkt dat de vorige tandarts een fout heeft gemaakt. Later is verzoeker, naar eigen zeggen, verteld dat deze compensatie alleen van toepassing is als de fout zou zijn gemaakt door een gecontracteerde tandarts. De ziektekostenverzekeraar heeft het bestaan en de inhoud van de telefonische toezegging(en) bestreden, waarbij hij heeft toegelicht dat hij de kosten van het herstel van door zorgaanbieders gemaakte fouten nooit vergoedt, ook niet als de zorgaanbieder is gecontracteerd. Hierover overweegt de commissie het volgende.
- 7.4. Verzoeker draagt op grond van artikel 150 Rv de bewijslast van de feiten of rechten waarop hij zich beroept. Dit betekent dat het aan verzoeker is om aannemelijk te maken dat de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar tijdens de bewuste telefoongesprekken, waarvan geen notities zijn overgelegd, toezeggingen hebben gedaan. Wat verzoeker in dit verband heeft aangevoerd maakt naar het oordeel van de commissie niet aannemelijk dat hem is toegezegd dat (i) een deskundige zou worden geraadpleegd, laat staan (ii) dat, als volgens die deskundige zou worden geconcludeerd dat een fout was gemaakt door de tandarts, de kosten van het aanbrengen van het implantaat zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar is daarom ook op deze grond niet gehouden (een deel van) de kosten te vergoeden.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 mei 2023,

J.W. Heringa

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
2. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 446

1. De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling - in deze afdeling verder aangeduid als de behandelingsovereenkomst - is de overeenkomst waarbij een natuurlijke persoon of een rechtspersoon, de hulpverlener, zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever, verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of van een bepaalde derde. Degene op wiens persoon de handelingen rechtstreeks betrekking hebben wordt verder aangeduid als de patiënt.
2. Onder handelingen op het gebied van de geneeskunst worden verstaan:
 - a. alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen;
 - b. andere dan de onder a bedoelde handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon, die worden verricht door een arts of tandarts in die hoedanigheid.
3. Tot de handelingen, bedoeld in lid 1, worden mede gerekend het in het kader daarvan verplegen en verzorgen van de patiënt en het overigens rechtstreeks ten behoeve van de patiënt voorzien in de materiële omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht.
4. Geen behandelingsovereenkomst is aanwezig, indien het betreft handelingen ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon, verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de vaststelling van aanspraken of verplichtingen, de toelating tot een verzekering of voorziening, of de beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden.

OOGLASEREN EN LENSIMPLANTATIE

Artikel 39. Ooglaseren en lensimplantatie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een ooglaserverhandeling of een lensimplantatie. De vergoeding geldt ook voor de meerkosten van een multifocale of torische lens bij een cataractoperatie (staaroperatie).

IZA Classic Comfort

maximaal € 500 eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht

Bij een oogarts. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een oogarts in het buitenland gaat.

MONDZORG

Artikel 40. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

IZA Classic Comfort

80% tot maximaal € 300 voor de hele looptijd van de verzekering

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Artikel 41. Tandheelkundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de volgende tandheelkundige zorg:

- Periodieke controle en incidenteel consult Artikel 41.1
- Algemene tandheelkundige zorg Artikel 41.2
- Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen Artikel 41.3

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

De zorgverzekering vergoedt de meeste tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Wilt u weten welke zorg dat precies is? Kijk dan in de voorwaarden van uw zorgverzekering. Deze zorg vergoeden wij dan ook niet vanuit de aanvullende verzekering. Ook niet als een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekering wordt afgewezen.

IZA Classic Comfort

maximaal € 1.000 per kalenderjaar

41.1. Periodieke controle en incidenteel consult

Dit krijgt u vergoed

- Consult voor een periodieke controle (C002)
- Incidenteel consult (C003)

IZA Classic Comfort

100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

41.2. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consult voor een intake en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

IZA Classic Comfort

80% tot maximaal het budget tandheelkundig zorg

Dit krijgt u niet vergoed

- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 (uitwendig bleken)

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

41.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

Dit krijgt u vergoed

- tandvleesbehandelingen (T-codes);
- kronen en bruggen (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);
- gedeeltelijke protheses (P-codes).

IZA Classic Comfort

80% tot maximaal het budget tandheelkundig zorg

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.