

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D  
Zaak : Mondzorg, tandheelkunde, implantaten, eigen risico  
Zaaknummer : 2011.00757  
Zittingsdatum : 28 september 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 en 2.7 Bzv en 2.4 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Natura Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Pakket en Tand Totaal Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering van de kosten van behandeling door een kaakchirurg in verband met het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voornoemde kosten ten laste van de zorgverzekering aan de zorgverlener zijn vergoed. Aangezien het eigen risico voor het jaar 2010 nog niet was volgemaakt, komen de reeds gedeclareerde kosten ten bedrage van € 142,08 volledig ten laste van het eigen risico.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 17 januari en 23 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 e-mailbericht van 6 juni 2011 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 aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 augustus 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 september 2011 medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 augustus 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011086182) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat het feitelijk tot een implantaatbehandeling is gekomen. Daarom bestaat geen aanknopingspunt om de verrichtingen van de kaakchirurg niet te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hiermee vallen de kosten van deze verrichtingen onder het – resterende – eigen risico. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 september 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 28 september 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 4 oktober 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 7 oktober 2011 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ handhaaft zijn eerder ingenomen standpunt, omdat hetgeen ter zitting is besproken en overgelegd geen aanknopingspunten geeft voor het niet vergoeden van de verrichtingen van de kaakchirurg ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 18 oktober 2011 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker heeft bij brief van 21 oktober 2011 gereageerd op het definitieve CVZ-advies. Een afschrift hiervan is ter kennisname gestuurd aan de ziektekostenverzekeraar.

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

- 4.1. Verzoeker is op 23 september 2010 door de behandelend tandarts verwezen naar de kaakchirurg voor onderzoek, behandeling en eventuele verwijdering van element 26. Dit element is parodontaal zwak. Verzoeker wil graag op zeer korte termijn een implantaat.
- 4.2. Verzoeker heeft op 26 oktober 2010 de kaakchirurg bezocht. Het ziekenhuis heeft hiervoor een bedrag van € 142,08 rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bedrag aan het ziekenhuis

vergoed. Vervolgens is dit bedrag ten laste van het eigen risico van verzoeker gebracht.

- 4.3. Verzoeker stelt thans dat de onderhavige kosten niet ten laste van de zorgverzekering dienen te komen, maar op grond van zijn aanvullende ziektekostenverzekering moeten worden vergoed, zodat het eigen risico hierop niet van toepassing is. Echter, volgens de ziektekostenverzekeraar zouden deze kosten alleen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen worden vergoed, indien de kosten door middel van de zogenoemde UPT-codes gedeclareerd zouden zijn. Dit is naar de mening van verzoeker evenwel in tegenspraak met hetgeen in de polisvoorwaarden is bepaald. Hier staat immers dat als een kaakchirurg de behandeling uitvoert, de kosten van het honorarium, de techniekkosten en de bijkomende kosten voor het ziekenhuis volledig worden vergoed.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in het ziekenhuis is behandeld door een implantoloog. De behandeling betrof de verwijdering van een “parodontale kies”, ter voorbereiding van de plaatsing van een implantaat. Het ziekenhuis is naderhand overgegaan tot correctie van de nota, omdat “men wel wist hoe het werkt”. Hoewel het ziekenhuis de kosten conform de regels heeft gedeclareerd met een verrichtingencode, is hier geen sprake van medisch specialistische zorg, maar van implantologie. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft het ziekenhuis onder andere een röntgenschedelonderzoek gedeclareerd. Dit is onjuist. Er is namelijk gebitsonderzoek gedeclareerd. Verzoeker heeft ter zitting een röntgenfoto overgelegd waar dit uit blijkt. Gezien de problemen over de vergoeding van de onderhavige kosten, heeft verzoeker besloten het implantaat te laten plaatsen door een andere implantoloog, die niet is verbonden aan het ziekenhuis.
- 4.5. Verzoeker heeft bij brief van 21 oktober 2011 gereageerd op het definitieve CVZ-advies. Hij stelt zich op het standpunt dat het CVZ in zijn advies ten onrechte ervan uitgaat dat de onderhavige kwestie betrekking heeft op twee implantaten. Het gaat hier om één implantaat. De twee implantaten die op de ter zitting overgelegde röntgenfoto zijn te zien, zijn reeds in 2004 geplaatst. Verzoeker benadrukt dat de kaakchirurg hem heeft behandeld in zijn hoedanigheid van implantoloog. Dat deze zorgverlener het implantaat niet heeft geplaatst, had geen medische grondslag, maar was het gevolg van het onderhavige geschil.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie gesteld dat het ziekenhuis de onderhavige kosten heeft gedeclareerd als medisch specialistische zorg. Door de manier waarop het ziekenhuis deze kosten heeft gedeclareerd, verwerkt de ziektekostenverzekeraar deze automatisch als zijnde kosten die ten laste komen van de zorgverzekering en waarop het eigen risico van toepassing is. De gedeclareerde prestatiecodes zijn hierbij leidend. De ziektekostenverzekeraar kan de gedeclareerde medisch specialistische zorg niet vergoeden op grond van de bepaling inzake mond-zorg, zoals opgenomen in de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. In zijn brief van 10 augustus 2011 stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij zich heeft vergist in de terminologie. De door de kaakchirurg verleende zorg is niet aan te mer-

ken als medisch specialistische zorg, maar als mondzorg zoals bedoeld in artikel 27.3 van de zorgverzekering. Op grond van dit artikel bestaat aanspraak op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Nu geen sprake is van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat komen de onderhavige kosten voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering.

- 5.3. Omdat het eigen risico van verzoeker op dat moment nog niet was volgemaakt, zijn deze kosten ten laste van het eigen risico gebracht.
- 5.4. De kosten van implantologie in de niet-tandeloze kaak door een kaakchirurg worden volledig vergoed uit de aanvullende ziektekostenverzekering. In het geval van verzoeker heeft de kaakchirurg de implantaatbehandeling echter niet uitgevoerd. De kaakchirurg heeft bij de ziektekostenverzekeraar een nota ingediend voor een röntgenonderzoek, orthopantomogram en een röntgenschedelprofielonderzoek. Geen van deze gedeclareerde kosten hebben betrekking op een implantaatbehandeling die wordt uitgevoerd door de kaakchirurg.
- 5.5. Verzoeker heeft in maart 2011 een declaratie ingediend voor de behandeling door een implantoloog in de maanden november en december 2010. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 802,95 aan verzoeker vergoed. Verder bedragen de eerder toegekende vergoedingen in totaal € 192,62. Verzoeker heeft over 2010 daarom nog aanspraak op een vergoeding van maximaal € 4,79 voor tandheelkundige zorg op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.6. Het ziekenhuis heeft twee bedragen, te weten € 30,47 en € 46,80, gecrediteerd. Deze bedragen zijn niet aan verzoeker uitbetaald, maar verrekend met een openstaande vordering betreffende het verplichte en vrijwillige eigen risico 2011.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn voornoemde standpunten gehandhaafd.
- 5.8. 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 bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de onderhavige kosten van de kaakchirurg ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering dienen te worden gebracht.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.*

*(...)*

*- mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 27”*

- 8.3. In artikel 27.3 van de zorgverzekering is de aanspraak op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 22 jaar en ouder opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat. (...)”*

- 8.4. De artikelen 13 en 27 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. 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 verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv, waarbij lid 4 onder m ziet op chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.

- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.7. In artikel 54 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op mondzorg opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“Omschrijving:*

*vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden.*

*Wie mag de zorg verlenen:*

*tandarts. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen deze zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het om implantologie gaat.*

*maximaal € 1.000 per kalenderjaar voor de tandheelkundige zorg onder punt 1 tot en met 3 samen.*

*(...)*

*3. als er sprake is van implantologie in de niet-tandeloze kaak: 100% van de kosten voor implantologie (UPT-codes beginnend met J) en de techniekkosten. Als de kaakchirurg de behandeling uitvoert: 100% van de kosten voor het honorarium, de techniekkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.”*

8.8. In artikel 1.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat geen aanspraak bestaat op (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Op grond van artikel 1.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg waarop aanspraak bestaat op grond van de zorgverzekering.

9.2. In artikel 27.3 van de zorgverzekering is de aanspraak op kaakchirurgie opgenomen voor verzekerden van 22 jaar en ouder. Hierbij is het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat uitdrukkelijk uitgesloten.

9.3. Het CVZ heeft in zijn definitieve advies van 7 oktober 2011 geconcludeerd dat uit het dossier niet blijkt dat de door de door het ziekenhuis gedeclareerde verrichtingen zijn verricht ten behoeve van een implantaatbehandeling. Daarom bestaat geen aanknopingspunt om de verrichtingen van de kaakchirurg niet te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Zij stelt vast dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de onderhavige kosten, met als gevolg dat deze vatbaar zijn voor verrekening met het resterende eigen risico.

**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, 23 november 2011,

Voorzitter