



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,  
beide te Wageningen  
Zaak : Mondzorg, implantaatbehandeling, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering  
Zaaknummer : 201701349  
Zittingsdatum : 7 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

---

1. Partijen

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

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (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 verder onbesproken. Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 750 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 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 van 80 percent van de kosten van een implantaatbehandeling, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker via een bericht op 'Mijn Menzis' medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker op 2 augustus 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 29 oktober 2017 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 van € 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 14 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 december 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 28 december 2017 en 16 januari 2018 medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2018 in persoon gehoord.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld nadere informatie over te leggen met betrekking tot het declareren door zijn zorgaanbieder. Bij e-mailbericht van 21 februari 2018 heeft verzoeker de gevraagde informatie ingestuurd. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 26 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

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

- 4.1. Op 4 april 2017 heeft verzoeker in het UMCG een implantaat laten aanbrengen. Omdat verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de meest uitgebreide aanvullende tandartsverzekering had afgesloten, verkeerde hij in de veronderstelling dat de kosten van de implantaatbehandeling voor 80 percent zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar stelt zich echter op het standpunt dat een implantaatbehandeling alleen wordt vergoed als deze wordt uitgevoerd door een tandarts, orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus. Met de betreffende voorwaarde was verzoeker niet bekend, aangezien zijn vorige verzekeraar deze nimmer heeft gesteld. Daar komt bij dat in de verzekeringsvoorwaarden op pagina 70 de volgende passage is opgenomen: "U kunt naar elke tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus die gevestigd is in Nederland of de grensstreek". Het woord "alleen" ontbreekt, zodat verzoeker veronderstelde dat het ook was toegestaan de implantaatbehandeling te laten uitvoeren door een kaakchirurg.
- 4.2. In reactie op de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de maandelijkse premie omhoog gaat als de implantaatbehandeling mag worden uitgevoerd door een kaakchirurg, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, stelt verzoeker dat het hem bekend is dat zorgaanbieders voor het aanbrengen van implantaten een vast tarief hanteren. Verzoeker heeft voorgesteld dat de ziektekostenverzekeraar 80 percent van dit vaste tarief vergoedt, maar ook dit heeft de ziektekostenverzekeraar geweigerd.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en is ter aanvulling door hem aangevoerd dat hij in het UMCG wordt behandeld door een hoogleraar die aldaar als tandarts werkzaam is. Met de betreffende hoogleraar heeft verzoeker afgesproken dat voor de implantaatbehandeling tandartstarieven in rekening worden gebracht en dat ook al zodanig wordt gedeclareerd. Hoe het kan dat codes zijn gedeclareerd die behoren bij behandeling door een kaakchirurg is verzoeker een raadsel.
- 4.4. Bij e-mailbericht van 21 februari 2018 heeft verzoeker een stuk van zijn behandelaar overgelegd waarin deze het volgende verklaart: *"Bij [naam verzoeker] is op 4 april 2018 een Straumann Bone Level implantaat geplaatst regio 45. De operatieve procedure is verricht door een kaakchirurg van het UMCG. De prestatiecodes 238060 en 238062 zijn hiervoor gedeclareerd. Er volgt nog*

*een nota van de implantaatgedragen kroon, verrichting door een tandarts van het UMCG (R24 en techniekkosten)".*

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van (een deel van) de kosten van een implantaatbehandeling. Voorwaarde hierbij is dat de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus. Aangezien verzoeker de implantaatbehandeling heeft laten uitvoeren door een kaakchirurg bestaat geen aanspraak op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat veel verrichtingen door de kaakchirurg onder de medisch specialistische zorg vallen en dat deze niet altijd worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Bovendien zijn de tarieven van een kaakchirurg hoger. Indien de ziektekostenverzekeraar alle behandelingen die niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering onder de aanvullende ziektekostenverzekering zou vergoeden leidt dit tot een verhoging van de maandelijkse premie.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij van het UMCG een nota heeft ontvangen. Op deze nota staan prestatiecodes vermeld die de declaratieafdeling heeft gekoppeld aan R-codes. Vervolgens is geconstateerd dat de betreffende prestatiecodes niet onder de dekking vallen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

8.2. Op de bladzijden 70 e.v. van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op tandheelkundige zorg geregeld en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

**"Basisverzekering en tandartsverzekering**

*Wat in de Basisverzekering is verzekerd, vindt u in het hoofdstuk 'Uw Basisverzekering' onder het artikel Tandheelkunde. Wat in uw aanvullende tandartsverzekering is verzekerd, kunt u hierna lezen. Wat verzekerd is in de Basisverzekering wordt niet vergoed door uw aanvullende tandartsverzekering.*

*(...)*

*Welke zorgaanbieder*

*U kunt naar elke tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus die gevestigd is in Nederland of de grensstreek. De grensstreek is tot 15 kilometer van de Nederlandse grens.*

*(...)*

*Vergoeding TandVerzorgd 250, 500 en 750*

*Met de TandVerzorgd 250, 500 en 750 krijgt u alle behandelingen vergoed tot het genoemde maximumbedrag. Heeft u een TandVerzorgd 750 dan geldt er een aparte vergoeding voor orthodontie.*

*Kijk hiervoor in het artikel Orthodontie. U krijgt vergoed:*

*(...)*

- implantaten (J-codes) 80%*

*(...)*

*Het maximumbedrag is per kalenderjaar:*

*TandVerzorgd 750: € 750,--*

*(...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Vooropgesteld dient te worden dat de verzekeraars vrij zijn in het bepalen van de omvang van de dekking en het stellen van voorwaarden in het kader van de door hen aangeboden aanvullende verzekeringen. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van implantaten tot maximaal € 750,-- per kalenderjaar. Voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen is dat de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus. De kaakchirurg wordt in dit verband niet genoemd, hetgeen voor verzoeker aanleiding hadden moeten zijn navraag te doen bij de ziektekostenverzekeraar. Zeker nu door hem ter zitting is verklaard dat hij met de behandelend hoogleraar afspraken had gemaakt over de wijze van declareren, te weten 'als tandarts'. Hieruit volgt tevens dat verzoeker wist dat een implantaatbehandeling door een kaakchirurg niet onder de dekking valt. Dit heeft hij echter niet gedaan. Aangezien de onderhavige behandeling bij verzoeker is uitgevoerd door een kaakchirurg komen de hiermee gemoeide kosten niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking. De stelling van verzoeker dat hij niet bekend was met het feit dat behandelingen door een kaakchirurg niet worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, omdat deze voorwaarde door zijn vorige verzekeraar niet werd gehanteerd, kan verzoeker reeds op grond van het vorenoverwogene niet baten. Daarbij lag het op zijn weg om, alvorens de behandeling te starten, de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden te raadplegen in plaats van zich te baseren op zijn ervaringen bij zijn vorige verzekeraar.
- 9.2. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij op grond van de voorwaarden wellicht geen aanspraak heeft op een vergoeding ter grootte van 80 percent van de gemaakte kosten, maar dan toch in ieder geval op een gedeeltelijke vergoeding, die eruit zou moeten bestaan dat de ziektekostenverzekeraar 80 percent vergoedt van het vaste tarief dat door een - wel in de verzekeringsvoorwaarden genoemde - zorgaanbieder voor een implantaatbehandeling wordt gedeclareerd. Naar het oordeel van de commissie is aldus sprake van substitutie, in die zin dat de vergoeding alsdan plaatsvindt op basis van behandeling door een andere zorgverlener onderscheidenlijk een ander tarief, met voorbijgaan van de feiten. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van substitutie, zodat dit argument van verzoeker niet kan leiden tot vergoeding van althans een deel van de kosten.

### **Conclusie**

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 maart 2018,



A.I.M. van Mierlo

