



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C  
te D en E te F

Zaak : Mondzorg, frameprothese, hoogte vergoeding, onduidelijke voorwaarde

Zaaknummer : 201400409

Zittingsdatum : 3 september 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

## 1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, tegen

- 1) C te D, en
- 2) E te F,

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Heineken TV Polis drie sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Beter Af Heineken Polis één ster afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De verzekering Beter Af Heineken Polis één ster is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

## 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 frameprothese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 900,-- worden vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 februari 2014 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 31 maart 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 juni 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 juli 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Bij brief van 15 augustus 2014 heeft zij medegedeeld alsnog af te zien van horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 juni 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014073965) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een frameprothese voor volwassenen geen verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

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

- 4.1. Verzoekster heeft een frameprothese laten vervaardigen en de kosten hiervan - ten bedrage van € 1.317,33 - gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. In de voorwaarden is bepaald dat van deze kosten 75 percent wordt vergoed. Op 13 januari 2014 ontving verzoekster van de ziektekostenverzekeraar het bericht dat een bedrag van € 900,- wordt vergoed. De reden dat minder dan 75 percent van de kosten is vergoed, zou erin gelegen zijn dat de frameprothese geen volledige prothese is.
- 4.2. Verzoekster heeft hierover een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, waarop zij telefonisch werd benaderd door een medewerkster. Deze legde uit dat voor een vergoeding uit de zorgverzekering sprake dient te zijn van een uitneembare, volledige prothese. Omdat de frameprothese niet volledig is, wordt deze slechts gedeeltelijk vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Verzoekster is het hiermee oneens. De prothese is namelijk uitneembaar en is ook volledig. Een onvolledige prothese wordt door de tandtechnicus niet gemaakt. Bovendien erkende de medewerkster in kwestie dat de polisvoorwaarde verwarrend is en dat zij ook eerst moest nagaan wat ermee werd bedoeld.
- 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. Een volledige prothese vervangt alle natuurlijke kiezen en tanden als die verloren zijn gegaan. In de tandheelkunde wordt een onderscheid gemaakt tussen volledige prothesen en partiële prothesen, zoals een gedeeltelijke prothese van kunsthars of een gedeeltelijke frameprothese. Deze prothesen zijn alle uitneembaar. Er bestaan ook volledige prothesen met een vaste constructie. Die zijn niet uitneembaar.
- 5.2. De zorgverzekering biedt dekking voor een uitneembare, volledige prothese. Van de hiermee gemoeide kosten wordt 75 percent vergoed. Het woord "volledig" verwijst naar een kunstgebit dat alle natuurlijke gebitselementen vervangt. Aangezien een frameprothese niet aan deze voorwaarde voldoet, zijn de kosten hiervan ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed tot een bedrag van € 900,-. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 5.3. In het nader commentaar van 11 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor verzoekster op 15 november 2013 een frame-prothese is vervaardigd. De totale kosten hiervan zijn € 1.317,33. Op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een maximale vergoeding van € 1.150,-. In januari waren voor verzoekster bedragen van € 20,52 en € 21,60 gedeclareerd. Daarna heeft verzoekster een nota voor twee implantaten ten bedrage van € 1.001,38 ingediend, waarvan € 995,64 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering kwam. Zodoende resteerde een bedrag van € 112,24 dat voor de onderhavige behandeling kon worden vergoed. Hiermee is het maximum voor het kalenderjaar 2013 bereikt.

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 16 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering 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. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 38 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een gebitsprothese bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Wij vergoeden de kosten van vervaardiging en plaatsing van:*

- een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;*
- een uitneembare volledige immediaatprothese;*
- een uitneembare volledige vervangingsprothese;*
- een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.*

*Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een volledige immediaatprothese, van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.*

*Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.*

*Voorwaarden*

*De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of tandprotheticus. Wanneer de prothese binnen 5 jaar of een immediaatprothese binnen een half jaar wordt vervangen moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.*

*(...)*

*Volledige boven- of een volledige onderprothese*

*Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een volledige boven of een volledige onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 600,-, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.”*

8.4. Artikel 38 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.  
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. De aanvullende ziektekostenverzekering kent één enkele bepaling, en deze luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus.*

*Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%. Mondhygiëne en kleine vullingen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts.  
Een mondhygiëniste kan, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel M-codes als T-codes (parodontologische behandelingen) declareren.*

*Wanneer een mondhygiëniste T-codes declareert, dan krijgt u een vergoeding van maximaal 75% bij een Beter Af HEINEKEN Tandarts Polis met 1 ster, met inachtneming van de totale maximale vergoeding.*

*Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor maximaal 75% wanneer u een Beter Af HEINEKEN Tandarts Polis met 1 ster heeft en voor 100% wanneer u een Beter Af HEINEKEN Tandarts Polis met 2, 3 of 4 sterren heeft.(...)*

*Beter Af Tandarts Polis 3 sterren*

*– alle codes: 100%*

*– totale vergoeding is maximaal € 1.150,- per persoon per kalenderjaar (...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Artikel 38 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering is gebaseerd op artikel 2.7 lid 5 Bzv. In dit artikel is bepaald dat is bedoeld op "uitneembare volledige prothetische voorzieningen". In de Memorie van Toelichting bij dit artikel wordt toegelicht dat aanspraak bestaat op volledige gebitsprothesen. Het betreft derhalve prothesen ter vervanging van alle (ontbrekende) elementen in de boven- of onderkaak.
- 9.2. Artikel 38 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering omschrijft de aanspraak als een "uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak". Verderop in het artikel wordt gesproken van een "volledige boven- of een volledige onderprothese".  
De commissie is van oordeel dat artikel 38 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering voldoende duidelijk verwoordt dat het hierbij gaat om een volledige prothese, waarbij de aanduiding "volledig" doelt op de vervanging van alle (ontbrekende) elementen. Een frameprothese is een partiële prothese, die niet alle, maar enkele (ontbrekende) elementen vervangt. De gebitsprothese van verzoekster is weliswaar uitneembaar, maar gelet op het voorgaande niet als "volledig" aan te merken. Zij heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering.

 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. Aanvankelijk is verzoekster medegedeeld dat op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering maximaal € 900,- per kalenderjaar wordt vergoed voor tandheelkundige zorg. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt evenwel dekking voor de kosten van - onder andere - een frameprothese, tot een bedrag van € 1.150,- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft laatstgenoemd bedrag - dat mede is besteed aan andere kosten van tandheelkundige zorg - in 2013 aan verzoekster vergoed, zodat hierover geen geschil bestaat.

 **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, 3 september 2014,

 Voorzitter