



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te  
D, tegen E te F

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, aanbrengen van kronen op bestaande wortels

Zaaknummer : 201301630

Zittingsdatum : 29 januari 2014

**Postadres** Postbus 291, 3700 AG Zeist

**Bezoekadres** Sparrenheuvel 16, 3708 JE Zeist

**T** 088 900 69 00

**F** 088 900 69 06

**E** [info@skgz.nl](mailto:info@skgz.nl)

**www** [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)

**KvK** 30213012

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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen

E te F  
hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 Tand Beter Pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Uitgebreide Aanvullende Verzekering afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De Uitgebreide Aanvullende Verzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding











3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op twee kronen, aan te brengen op nog aanwezige wortels (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 7 januari 2013 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 brief van 26 september 2013 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).

3.5. 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 18 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 november 2013 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 november 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 21 november 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 december 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2013143089) de commissie medegedeeld geen advies te kunnen geven, omdat het dossier onvoldoende zorginhoudelijke informatie bevat. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 januari 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
-  3.10. Bij brief van 30 januari 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of dit stuk aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 28 februari 2014 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, doch hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Bij verzoeker zijn, op 10-jarige leeftijd - in 2005 - als gevolg van een ongeval op school, beide voortanden gebroken tot in het tandvlees. Nadien heeft verzoeker vele pijnlijke behandelingen moeten ondergaan, waaronder wortelkanaalbehandelingen, teneinde ontsteking van de wortelstompen tegen te gaan. De afgebroken stukken zijn verlijmd. Het afbijten van bijvoorbeeld een boterham was niet mogelijk, omdat de stukken dan weer zouden afbreken. Verzoeker moest daarom het eten klein snijden en via de zijkant van zijn gebit afbijten. Het niet hebben van deugdelijke voortanden en het niet normaal kunnen eten van brood, fruit en snoep is een ernstige tandheelkundige handicap. De tandarts deelde verzoeker mede dat reparatie eerst mogelijk zou zijn zodra zijn kaak was volgroeid. Dit was het geval toen hij 17 jaar oud was. Op dat moment - dat wil zeggen in 2012 - is de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar aangevraagd.
-  4.2. In 2012 was verzoeker aanvullend verzekerd tegen tandartskosten bij de ziektekostenverzekeraar. De aanvraag is door deze echter alleen beoordeeld aan de hand van de zorgverzekering. Verzoeker verkeerde daarom in de onjuiste veronderstelling geen recht te hebben op vergoeding, en is met ingang van 1 januari 2013 naar een andere verzekeraar overgestapt. Bij de nieuwe verzekeraar is alleen vergoeding mogelijk voor één kroon vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Door de onzorgvuldige communicatie door de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nu hogere kosten. Met het aanbrengen van de kronen is namelijk gewacht tot er zekerheid bestond ten aanzien van de vergoeding. Aangezien de aanvraag is gedaan in 2012, moet worden getoetst aan de voorwaarden van dat jaar. Dit geldt ook voor de aanvullende ziektekostenverzekering.
-  4.3. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat de aanvullende ziektekostenverzekering door de ziektekostenverzekeraar niet is meegenomen in de beoordeling. Er is hem alleen gezegd dat onder deze verzekering weliswaar dekking bestaat, maar dat op deze dekking geen aanspraak meer kan worden gemaakt. In 2013 is verzoeker elders verzekerd, maar hij vindt het billijk dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zoals in 2012 van kracht was, vergoedt.
-  4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
-  5.1. Vanuit de zorgverzekering bestaat aanspraak op fronttandvervanging indien de elementen volledig verloren zijn. Hierbij moet ook sprake zijn van een defect aan het bot van de kaak. Dit is bij verzoeker niet aan de orde. Verder

betreft het bij hem geen bijzondere tandheelkundige zorg, omdat hij niet één van de aandoeningen heeft die worden genoemd in artikel 27.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De aanvraag is derhalve terecht afgewezen.

- 5.2. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding voor kroon- en brugwerk ten gevolge van een ongeval voor verzekerden tot 22 jaar oud. Helaas is dit niet direct meegenomen bij de beoordeling van de aanvraag. Hiervoor biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan. Inmiddels is een deel van de behandeling uitgevoerd. Er kan niet worden gezegd wat de hoogte van de vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering zou zijn geweest. Dit hangt af van de declaratie door de tandarts. In de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 3 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar hieraan toegevoegd dat verzoeker thans geen aanspraak meer heeft op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, omdat hij deze verzekering met ingang van 1 januari 2013 heeft beëindigd.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering in principe recht bestaat op vergoeding. Een vereiste hiervoor is echter dat de behandeling gedurende de looptijd van de verzekering plaatsvindt. Dit is niet het geval.
- 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 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 27.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg tot 18 jaar bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"U hebt recht op zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/ behandelingen: (...)*

*12. kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken; (...)"*

- 8.4. Artikel 27.2 van de zorgverzekering regelt onder andere de tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen en luidt, voor zover hier van belang:

*"Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.*

*U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:*

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeiestoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt. U hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt; (...)"

8.5. De artikelen 27.1 en 27.2 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.

8.7. 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 gereuleerde 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.

8.8. In artikel 55 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op tandheelkundige zorg geregeld. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half) jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.*

*Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:*

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

*Wie mag de zorg verlenen:*

*tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.*

*Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:*

*(...)*

*Tand Beter Pakket:*

*80% tot maximaal € 500 per kalenderjaar*

*(...)*

*Bijzonderheden:*

*1. niet vergoed worden de kosten van:*

- niet nagekomen afspraken;
- orthodontische zorg;
- algehele narcose (X631).

*2. de kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar."*

## 9. Beoordeling van het geschil

### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt voor een verzekerde tot 18 jaar oud dekking voor kronen ter vervanging van één of meer blijvende snij- of hoektanden, voor zover deze niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken. Vast staat dat de kronen van verzoeker worden aangebracht op nog aanwezige wortels, zodat niet de gehele elementen ontbreken en van vervanging geen sprake is. Derhalve wordt niet voldaan aan het bepaalde in artikel 27.1 van de zorgverzekering.
- 9.2. De zorgverzekering biedt daarnaast dekking voor kronen indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Gelet op de ontstaansgeschiedenis van artikel 2.7 Bzv dient hierbij in beginsel gedacht te worden aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Uit een toelichting van het CVZ op mondzorg blijkt dat ook een blijvend dento-alveolair defect een verworven afwijking in de zin van artikel 2.7 Bzv vormt. Zoals de commissie eerder heeft overwogen (vgl. o.a. GcZ 15 augustus 2012, 2011.02889) dient hierbij sprake te zijn van zowel het geheel of gedeeltelijk ontbreken van één of meer elementen (dentaal defect) als van schade aan een substantieel deel van het aangrenzende tanddragende kaakbot (botdefect). Het botdefect dient in ernst vergelijkbaar te zijn met schisis. Niet gebleken is dat bij verzoeker ten tijde van het ongeval in 2005 sprake was van zodanig ernstige schade aan het kaakbot. Daarom is tevens niet voldaan aan het bepaalde in artikel 27.2 van de zorgverzekering, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op de kronen, ten laste van de zorgverzekering.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering bood in 2012 dekking voor de kosten van tandheelkundige zorg. Hierbij werd 80 percent van de kosten vergoed, tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar. Door de ziektekostenverzekeraar is deze vergoeding niet in de beoordeling van de aanvraag betrokken. Er is verzoeker niet te kennen gegeven welke vergoeding van toepassing was. Hem is alleen medegedeeld dat hij hiervoor de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering diende te raadplegen. De commissie is van oordeel dat ieder verzoek om vergoeding dient te worden opgevat als een verzoek in de zin van zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering. Het lag daarom op de weg van de ziektekostenverzekeraar in zijn beslissing op de aanvraag - naast de zorgverzekering - ook de vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering te betrekken en te beoordelen of hierop in de situatie van verzoeker aanspraak bestond. Het enkel verwijzen naar de voorwaarden van deze verzekering is ingeval van een gericht verzoek, zoals hier aan de orde, onvoldoende. Aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten te toetsen of verzoeker in 2012 aanspraak had op een vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, acht de commissie gronden aanwezig te bepalen dat aan verzoeker - na overlegging van de nota's - alsnog de in dat jaar toepasselijke vergoeding op basis van 80 percent van de kosten dient te worden toegekend, met inachtneming van het in artikel 55 opgenomen maximum. In 2012 was verzoeker immers bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd en is de aanvraag gedaan. Dat hij ten tijde van de behandeling reeds elders was verzekerd, doet in het onderhavige geval niet af aan de verplichting van de ziektekostenverzekeraar tot vergoeding over te gaan.

### Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek - deels - wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 19 maart 2014,



Voorzitter

