

A vertical strip of small, orange icons representing various types of people with disabilities, including a person walking, a person in a wheelchair, a person with a hearing aid, a person with a white cane, a person with a prosthetic arm, a person with a hearing aid, a person with a white cane, a person with a prosthetic arm, a person with a hearing aid, a person with a white cane, and a person with a prosthetic arm.

# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, indicatie

Zaaknummer : 201301971

Zittingsdatum : 9 juli 2014

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 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

## 1. Partijen

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

- 1) D, en
- 2) E, beide te F, 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 basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Plus Amsterdam afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 een tandheelkundige behandeling, bestaande uit het plaatsen van kronen en een brug alsmede het uitvoeren van enkele wortelkanaalbehandelingen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de behandeling niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft bij brief van 10 mei 2013 de ziektekostenverzekeraar nogmaals om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 12 juli 2013 medegedeeld dat reeds bij brief van 18 april 2013 is uitgelegd waarom hij geen aanspraak heeft op de gevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 9 december 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).
- 3.6. 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.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 mei 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 mei 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 mei 2014 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 6 mei 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014059755) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het ontbreken van vijf kiezen, verspreid over de kwadranten in de mond, geen indicatie oplevert die aanspraak geeft op bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 juni 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.

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

- 4.1. De behandelend tandarts heeft bij twee brieven van 18 februari 2013 verklaard dat verzoeker bij hem op consult is geweest voor "buccal consult en evaluatie". In één van deze brieven is hieraan toegevoegd: "na een verkeersongeval". Na controle en anamnese heeft de tandarts geconstateerd dat het gebit van verzoeker niet naar behoren functioneert omdat bepaalde elementen ontbreken die noodzakelijk zijn voor het dagelijkse eetgedrag en het sociale leven. Bij verzoeker ontbreken de elementen 14, 15, 25, 36 en 47. Element 16 is afgebroken en de elementen 27 en 28 zijn ontstoken. De tandarts concludeert dat verzoeker minimaal een brug voor de elementen 13 tot en met 16 nodig heeft als eerste fase van de orale rehabilitatie en merkt hierbij op dat voor het herplaatsen van de elementen een medische noodzaak bestaat. De tandarts heeft voorts de begroting van 19 februari 2013 ten behoeve van verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de onderhavige schade aan zijn gebit is veroorzaakt door een ongeval. Hij is van mening dat hij zonder de door hem aangevraagde zorg zijn tandheelkundige functie niet kan behouden, op een wijze gelijk aan voorafgaand aan het ongeval. Bovendien heeft de tandarts verklaard dat de gevraagde behandeling medisch noodzakelijk is. Verzoeker voldoet daarom aan de regeling voor bijzondere tandheelkundige zorg. Het hebben van een kauwfunctie is essentieel, aangezien men zonder kauwfunctie niet kan eten. Daarmee staat vast dat de onderhavige behandeling voor vergoeding in aanmerking dient te komen.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg. In de toelichting op het Bzv is uiteengezet in welke gevallen een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig is. In dit verband worden met name oligodontie-, schisis- en oncologiepatiënten met een gedeeltelijke resectie van kaakdelen genoemd. Bij verzoeker is niet gebleken van een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel die in ernst te vergelijken is met één van deze aandoeningen. De door verzoeker aangevraagde behandeling betreft derhalve reguliere mondzorg.
- 5.2. Verzoeker claimt dat de betreffende elementen verloren zijn gegaan door een ongeval. Dit blijkt evenwel niet uit de aanvraag of de ingediende begroting. De tandarts spreekt van behandelingen van ontstoken elementen en vervanging van reeds afwezige elementen. Wat daarvan ook zij, de behandeling van tandletsel als gevolg van een ongeval is niet als verstrekking opgenomen in de zorgverzekering.

Verzoeker heeft bij zijn brief van 10 mei 2013 nogmaals de verklaring van de tandarts van 18 februari 2013 gevoegd. Hieraan was ten opzichte van de eerder ingediende verklaring echter toegevoegd: "na een verkeersongeval".

5.3. Verzoeker heeft ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. In artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, die op grond van artikel 1 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook geldt voor de aanvullende ziektekostenverzekering, wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoeker zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoeker hierop bij brief van 10 december 2013 gewezen. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 3 maart 2014 bevestigd dat hij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierbij heeft verzoeker het voorbehoud gemaakt dat hij de mogelijkheid tot het entameren van een civiele procedure in een later stadium niet wenst uit te sluiten. De commissie heeft verzoeker hierop bij brief van 6 maart 2014 medegedeeld dat een dergelijk voorbehoud niet mogelijk is en dat als hij niet wenst dat de commissie de zaak in behandeling neemt en hij in plaats daarvan deze aan de burgerlijke rechter wenst voor te leggen, hij dit per omgaande aan de commissie dient mede te delen. De commissie heeft naar aanleiding hiervan geen bericht ontvangen van verzoeker en neemt daarom aan dat verzoeker - al dan niet impliciet - heeft gekozen voor bindende advisering door de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding van de aangevraagde tandheelkundige behandeling, 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 1 e.v. van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 onder d van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"tandheelkundige zorg die noodzakelijk is, indien:*

*1 de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;*

*2 de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;*

*3 een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.  
(...)"*

- 8.4. Artikel 13 onder d van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 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 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.
- 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 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.
- 8.7. Artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op mondzorg en luidt, voor zover hier van belang:

***"d Mondzorg voor verzekerden vanaf 18 jaar (met uitzondering van orthodontie en de uitneembare volledige gebitsprothese)***

*Zorgverlening: tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandprotheticus of een mondhygiënist*

*Vergoeding: maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten).  
(...)"*

***e Mondzorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden vanaf 18 jaar***

*Omschrijving: mondzorg voor verzekerden vanaf 18 jaar mits de behandeling het gevolg is van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering.*

*Vergoeding: 75% tot maximaal € 200,- per element, tot maximaal € 2.500,- per ongeval.  
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van de kosten van kronen, een brug en enkele wortelkanaalbehandelingen. Er is sprake van verzekerde zorg in het kader van de zorgverzekering indien een indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig is. Dit is het geval bij 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 te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- 9.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij voldoet aan de voorwaarden van artikel 13 onder d van de zorgverzekering, omdat de gevraagde behandeling noodzakelijk is voor het behoud van zijn kauwfunctie. Bovendien heeft de tandarts verklaard dat de behandeling medisch noodzakelijk is. De ziektekostenverzekeraar is daarentegen van mening dat bij verzoeker geen sprake is van een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel die in ernst is te vergelijken met één van de in de toelichting op het Bzv genoemde aandoeningen, en dat verzoeker daarom geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde.

- 9.3. Uit het advies van het Zorginstituut van 16 mei 2014 blijkt dat bij verzoeker geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg aanwezig is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Derhalve heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de gevraagde tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. Artikel 7 onder d van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor mondzorg, tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar. Daarnaast biedt artikel 7 onder e aanspraak op mondzorg als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering. Op grond hiervan bestaat aanspraak op vergoeding van 75 percent van de kosten tot maximaal € 200,- per element tot maximaal € 2.500,- per ongeval.

- 9.5. Verzoeker stelt dat de schade aan zijn gebit is veroorzaakt door een ongeval. Uit de in eerste instantie ingediende aanvraag blijkt hiervan echter niet. In het verzoek om heroverweging, dat is gedateerd op 7 april 2013, maar door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen op 13 maart 2013, wordt evenmin gesproken over een ongeval met gebitsschade als gevolg. Pas in de bij brief van 10 mei 2013 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurde - aangepaste - verklaring van de tandarts van 18 februari 2013 wordt hiervan voor het eerst melding gemaakt. De commissie acht het daarom niet aannemelijk dat de onderhavige gebitsschade het gevolg is van een ongeval. Dit wordt niet anders na kennisneming van de ingediende begroting c.q. het behandelplan van 19 februari 2013, omdat de hierin opgenomen verrichtingen evenmin wijzen op behandeling van gebitsschade die uitsluitend het gevolg is van een ongeval. Aangezien is komen vast te staan noch aannemelijk is geworden dat de gevraagde mondzorg een gevolg is van het ongeval dat verzoeker eerder is overkomen, is de commissie van oordeel dat verzoeker geen aanspraak kan maken op de vergoeding die is opgenomen in artikel 7 onder e van de aanvullende ziektekostenverzekering en dat hij op grond van artikel 7 onder d van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op een vergoeding van maximaal € 500,- per kalenderjaar. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot het verlenen van een hogere vergoeding.

#### **Conclusie**

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

#### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 juli 2014,

Voorzitter