



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort

Zaak : Mondzorg, gebroken frameprothesen als gevolg van een ongeval, toerekening aan kalenderjaar, kenbaarheid polisvoorwaarden

Zaaknummer : 201402453

Zittingsdatum : 3 juni 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V., en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort, hierna gezamenlijk 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 Zorgverzekering Flexibel (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 Aanvulling Maximaal 2005 en Tandarts Maximaal 2005 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Comfort Module is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft twee nieuwe frameprothesen laten maken. De behandelend tandarts heeft de betreffende nota rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 1.341,16 aan de tandarts vergoed. Het resterende bedrag is door de tandarts bij verzoeker in rekening gebracht. Verzoeker heeft vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van het resterende bedrag van € 885,38 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 juni 2014 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 12 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 22 oktober 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 29 december 2014 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 26 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 maart 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 april 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 april 2015 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 mei 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015038951) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorgverzekering geen aanspraak biedt op een frameprothese. Tandheelkundige zorg voor volwassenen (zoals in casu) komt alleen ten laste van de zorgverzekering indien sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Dit is het geval bij een ernstige tandheelkundige of medische handicap. Hiervan is in de onderhavige situatie niet gebleken.  
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 mei 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 9 mei 2015 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is in augustus 2013 van de trap gevallen, waarbij hij enkele rug- en nekwerfels heeft gebroken. Tevens zijn hierdoor breuken ontstaan in zijn twee frameprothesen. Verzoeker heeft eerst in november 2013 de tandarts kunnen bezoeken. Hierbij bleek echter dat verzoeker fysiek nog niet in staat was de houding aan te nemen die vereist was voor de behandeling. Pas in februari 2014 kon met de behandeling worden aangevangen en deze is in mei 2014 afgerond.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft eenzijdig, zonder verzoeker hiervan in kennis te stellen, de vergoeding voor tandheelkundige zorg beperkt tot € 1.400,- per kalenderjaar. Voorheen werden deze kosten volledig vergoed. Dit blijkt ook uit het dekkingsoverzicht dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 18 november 2008 heeft gestuurd. Sindsdien heeft verzoeker geen informatie meer ontvangen van de ziektekostenverzekeraar over de dekking voor tandheelkundige zorg.
- 4.3. Doordat verzoeker niet op de hoogte was van de maximering van de vergoeding voor tandheelkundige zorg, heeft hij verzuimd de tandarts te vragen om in 2013 alvast een gedeelte van de begrote kosten voor de twee nieuwe frameprothesen bij de ziektekostenverzekeraar te declareren.
- 4.4. Verzoeker meent dat hij aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de twee frameprothesen, omdat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op volledige vergoeding van de kosten van orthodontie. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat geen sprake is van orthodontie. Verzoeker is langdurig in het VUmc onder behandeling van oogartsen in verband met de oogziekte glaucoom. Daarnaast is als gevolg van het ongeval sprake van een scheefstand van de schedel/oogkassen. De metingen hiervoor zijn op 12 september 2014 verricht door een orthoptist en een oogarts.

- 4.5. De onderhavige kosten dienen ten laste van de zorgverzekering te worden vergoed, omdat een "direct oorzakelijk verband" bestaat tussen de breuken in de frameprothesen en het ongeval dat de gebroken rug- en nekwerfels veroorzaakte.
- 4.6. Achteraf is gebleken dat het VUmc ook multidisciplinaire tandartsbehandelingen faciliteert. Eventuele rug- en nekfricties vormen hierbij geen belemmering. Als verzoeker hiervoor had gekozen, zou een deel van de kosten hiervan ten laste van het kalenderjaar 2013 zijn gekomen. En dit zou door de ziektekostenverzekeraar zijn geaccepteerd.
- 4.7. In reactie op het advies van het Zorginstituut benadrukt verzoeker dat het VUmc te Amsterdam in augustus 2013 - vanwege de levensbedreigende situatie - prioriteit heeft gegeven aan de behandeling van de gebroken rug- en nekwerfels. Op 12 september 2014 is door de afdeling oogheelkunde een scheefstand van de schedel geconstateerd. Deze scheefstand is een gevolg van het trauma uit 2013. Ook is gebleken dat de kaak van verzoeker in 2013 weliswaar niet was gebroken, maar wèl "gekraakt". Verzoeker vraagt zich af of bij een andere prioriteitstelling voor het VUmc, bijvoorbeeld als de kaak- en schedelstand als eerste zou zijn aangepakt, de bijbehorende nota's wel ten laste van de zorgverzekering zouden zijn vergoed.
- 4.8. 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 artikel 18.13 van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg indien sprake is van bijzondere tandheelkunde. Dit is aan de orde indien is voldaan aan de in dit artikel genoemde voorwaarden. Er bestaat op grond van de zorgverzekering geen recht op vergoeding van een tandheelkundige behandeling als sprake is van een ongeval of van een eventueel direct oorzakelijk verband tussen het ongeval en de breuken in de bestaande frameprothesen. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van tandheelkundige zorg tot maximaal € 1.400,- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de parodontale behandeling van 31 maart 2014 € 58,84 ten behoeve van verzoeker vergoed. Van de nota van de twee frameprothesen heeft de ziektekostenverzekeraar € 1.341,16 vergoed. Hiermee is de maximale vergoeding voor 2014 bereikt.
- 5.3. Verzoeker beroept zich voor een volledige vergoeding van zijn twee frameprothesen op de aanspraak op vergoeding van orthodontie die is opgenomen in de aanvullende ziektekostenverzekering. De onderhavige kosten zien echter niet op een orthodontische behandeling.
- 5.4. De aanvullende ziektekostenverzekering is een schadeverzekering in de zin van artikel 7:944 BW. Pas op het moment dat verzoeker daadwerkelijk door de tandarts is behandeld, heeft de tandarts een vordering op hem. Dit is tevens het moment waarop de betreffende behandeling door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar kan worden gedeclareerd, oftewel dit is het moment waarop verzoeker een vordering heeft op de ziektekostenverzekeraar. De datum van de behandeling is derhalve leidend voor het toekennen van een vergoeding.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op de artikelen 17 van de zorgverzekering en 15 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 verzoeker voor de onderhavige tandheelkundige behandeling aanspraak heeft op een volledige vergoeding dan wel een hogere vergoeding dan reeds is toegekend door de ziektekostenverzekeraar, 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18.1 tot en met 18.22 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18.13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“lid 1 Algemeen*

*Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:*

*a. indien 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;*

*b. indien 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; of*

*c. indien 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 18.13 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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 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

ziektkostenverzekeraar 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 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van tandheelkundige behandelingen, en luidt, voor zover hier van belang:

**"Omvang van de dekking**

*Tot € 1.400,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder artikel 3 onder de punten 3.1 en 3.2 tezamen gemaakte tandheelkundige kosten.  
(...)"*


9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**


- 9.1. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 18.13, dekking voor bijzondere tandheelkunde indien sprake is van een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, dat zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan worden behouden of verworven, die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Gesteld noch gebleken is dat deze situatie bij verzoeker aan de orde is.
- 9.2. De zorgverzekering biedt verder dekking voor bijzondere tandheelkunde bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te kunnen behouden of verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Gelet op een toelichting van het Zorginstituut gaat het bij deze tandheelkundige hulp om bijzondere toepassingsvormen van het uitoefenen van de normale tandheelkunde, zoals gedragswetenschappelijke begeleiding en medicamenteuze-, intraveneuze- en inhalatiesedatie en narcose. Gedacht dient te worden aan de behandeling van bijvoorbeeld epileptici, patiënten met bepaalde stoornissen aan het bewegingsapparaat of spastische patiënten. Hiervan is bij verzoeker geen sprake.
- 9.3. Tot slot biedt de zorgverzekering dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan worden behouden of verworven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet had voorgedaan. Ook hiervan is bij verzoeker niet gebleken.
- 9.4. Verzoeker heeft, gelet op het voorgaande, geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde, en heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de door hem ondergane tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, op grond van artikel 3, dekking voor vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg tot een maximum van € 1.400,- per kalenderjaar.
- 9.6. Voor vergoeding van de kosten is de datum van de behandeling leidend. De stelling van verzoeker dat hij - als hij tijdig op de hoogte was geweest van de maximering van de vergoeding - de tandarts zou hebben gevraagd om in 2013 een gedeelte van de begrote kosten bij de ziektekostenverzekeraar te declareren, kan daarom niet slagen. Er bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van kosten die slechts zijn




begroot. Het is immers niet zeker of deze kosten daadwerkelijk zullen worden gemaakt. Daarnaast kan een tandarts rechtsgeldig geen kosten declareren voor behandelingen die (nog) niet zijn uitgevoerd.

- 
- 9.7. Verzoeker betoogt voorts dat hij aanspraak heeft op volledige vergoeding van de onderhavige kosten, omdat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op volledige vergoeding van de kosten van orthodontie. Kennelijk beroept verzoeker zich hierop omdat hij in het VUmc is behandeld. Orthodontie is een specialisme binnen de tandheelkunde, dat betrekking heeft op het optimaliseren van de stand van tanden in de kaken. Een zodanige behandeling heeft bij verzoeker niet plaatsgevonden. Ook het argument dat de tandheelkundige behandeling mogelijk in het VUmc had kunnen worden uitgevoerd treft geen doel.






### Kenbaarheid polisvoorwaarden

- 
- 9.8. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar eenzijdig, zonder hem hiervan in kennis te stellen, de vergoeding voor tandheelkundige zorg heeft beperkt tot € 1.400,-- per kalenderjaar, terwijl deze kosten voorheen volledig werden vergoed. Volgens verzoeker heeft hij in 2008 voor het laatst de polisvoorwaarden toegestuurd gekregen. De ziektekostenverzekeraar heeft de mogelijkheid de premie en de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering bij de jaarlijkse prolongatie of tussentijds aan te passen. Indien hij van deze mogelijkheid gebruik maakt, is het niet noodzakelijk dat aan de verzekeringnemer een nieuwe set voorwaarden wordt toegestuurd. De enkele mededeling, in combinatie met een verwijzing naar de website en het aanbod dat de gewijzigde voorwaarden op verzoek worden toegezonden, volstaat. Het argument van verzoeker dat hij in 2008 voor het laatst een set voorwaarden heeft ontvangen kan daarom niet overtuigen.



### Conclusie

- 
- 9.9. 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 juni 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo