

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : Mondzorg, kroon, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2011.01551
Zittingsdatum : 21 maart 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beiden te D

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 verzekering ZorgVerzorgd (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 TandVerzorgd 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en ExtraVerzorgd 2 afgesloten. De verzekering ExtraVerzorgd 2 is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 de kosten van een kroon op element 21 (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 20 maart 2011 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 brief van 1 juni 2011 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 e-mail van 10 oktober 2011 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 januari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 januari 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 februari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 maart 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 januari 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 februari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012014949) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg. 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 21 maart 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 23 maart 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 maart 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op vijfjarige leeftijd een ongeval gehad, waarbij zijn beide voortanden zijn afgebroken. Dit defect is jarenlang met composiet behandeld, maar deze oplossing is inmiddels niet meer afdoende. De tandarts heeft daarom kronen aangeraden. Verzoeker heeft ervoor gekozen één kroon te laten plaatsen in het jaar 2010, en plaatsing van de andere uit te stellen tot 2011. Hij heeft op 15 oktober 2010 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hem door een mannelijke medewerker is verteld dat de kosten van de kroon worden vergoed. De behandeling heeft in twee delen plaatsgevonden, namelijk op 23 november en 7 december 2010. Na afloop ontving verzoeker een rekening van de ziektekostenverzekeraar ter grootte van € 250,--. Verzoeker heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid is hem medegedeeld dat hij de nota als niet verzonden kon beschouwen.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoeker voornoemde stellingen herhaald.
- 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 ziektekostenverzekeraar stelt dat bij verzoeker geen sprake is van bijzondere tandheelkundige zorg, zodat de kosten van de in 2010 geplaatste kroon niet ten laste van de zorgverzekering kunnen komen. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor kronen.
- 5.2. Verzoeker heeft aanvankelijk een acceptgiro ontvangen voor een bedrag van € 225,46. Dit bedrag is komen te vervallen, omdat het door de tandarts is gecrediteerd. Daarna heeft de tandarts een bedrag gedeclareerd van € 475,46. Dit bedrag is met de uitkeringsspecificatie van 20 maart 2011 bij verzoeker in rekening gebracht.
- 5.3. Van het eerste telefoongesprek waaraan verzoeker refereert is geen notitie gemaakt. De ziektekostenverzekeraar betwist dat een telefonische toezegging is gedaan.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de telefonisch aan verzoeker gegeven informatie, hierop neerkomend dat de eerste brief als niet verzonden kon worden beschouwd, juist is. Het is echter niet zo dat bij deze gelegenheid tevens is gezegd dat alle nota's konden worden verscheurd.
- 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 artikel A17 van de zorgverzekering 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B29 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

B29.2 Tandheelkunde

U heeft recht op tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u jonger bent dan 22 jaar of 22 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 21 jaar

U heeft recht op:

- *één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft,*
- *incidenteel tandheelkundig consult,*
- *het verwijderen van tandsteen,*
- *twee fluorideapplicaties per jaar als u 6 jaar of ouder bent, tenzij u meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft,*
- *sealing,*
- *parodontale hulp (behandeling van tandvlees),*
- *anesthesie (verdoving),*
- *endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling),*
- *restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen),*
- *gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen),*
- *uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese),*
- *tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten:*
- *als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of*
- *als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval,*
- *chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,*
- *röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp. (...)"*

8.4. Artikel B29 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.

8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Gelet op artikel B29.2 van de zorgverzekering bestaat voor verzekerden tot en met de leeftijd van 21 jaar aanspraak op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, indien het de vervanging van één of meer ontbrekende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval.

9.2. Vast staat dat verzoeker ten tijde van de aanvraag 20 jaar was, zodat hij binnen de doelgroep valt. Verder staat vast dat bij hem een porseleinen kroon is geplaatst. Porselein is een niet-plastisch materiaal, zodat aan die voorwaarde is voldaan.

9.3. Verzoeker heeft gesteld dat hij op vijfjarige leeftijd een ongeval heeft gehad waarbij beide voortanden zijn afgebroken. De ziektekostenverzekeraar heeft niet bestreden

dat de noodzaak tot het plaatsen van de onderhavige kroon het directe gevolg is van dit ongeval, zodat ook zulks vaststaat.

- 9.4. De aanspraak houdt onder andere in tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval (artikel B29.2 van de zorgverzekering). Gelet op het voorgaande rest de vraag of in de situatie van verzoeker kan worden gesproken van vervanging van een 'tand'. Volgens het CVZ moet hieronder worden verstaan de (natuurlijke) kroon én de wortel.
- 9.5. In een eerder bindend advies (GcZ 9 november 2011, 2011.01039) van de commissie is – in afwijking van het CVZ – geoordeeld dat de zorgverzekering dekking biedt voor een kroon voor verzekerden tot en met de leeftijd van 21 jaar indien na een ongeval de wortel van het gebitselement nog aanwezig is en een opbouw met composiet niet (meer) toereikend is.
- 9.6. Ook in dit geval ziet de commissie aanleiding van het CVZ-advies af te wijken. Niet valt in te zien waarom de wetgever uitgaande van de interpretatie van het CVZ voor verzekerden jonger dan 22 jaar in de zorgverzekering wel dekking heeft willen opnemen voor een composietopbouw (hetgeen geen structurele vervanging is van een natuurlijke kroon) en voor een kostbare implantaatbehandeling, doch niet voor een kroon indien na een ongeval de wortel van het gebitselement nog aanwezig is, zoals bij verzoeker het geval is. De conclusie uit het voorgaande moet daarom zijn dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de plaatsing van de kroon op element 21 ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor kronen, zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.8. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, kan de vraag of door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar al dan niet de toezegging is gedaan dat de kosten van de kroon worden vergoed, onbeantwoord blijven.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.10. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

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

Zeist, 18 april 2012,

Voorzitter