

Anoniem

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C en E, beide te D
Zaak : Tandheelkundige hulp, vervangen gouden kroon
Zaaknummer : 2008.01749
Zittingsdatum : 3 december 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.01749 (Tandheelkundige hulp, vervangen gouden kroon)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, en

2) E te D, hierna te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekeraar,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 28 april 2008 de vervanging van een gouden kroon niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige verzoek om vergoeding was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Plus Amsterdam afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering. Beide verzekeringen zijn een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij verzoeker is een gouden kroon vervangen. Onder vermelding van de codes V10 (pitvulling), E00 (techniekkosten) en R77 (moeizaam verwijderen oud kroon- en brugwerk) is bij verzoeker een bedrag van € 100,00 in rekening gebracht. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van deze kosten (hierna: de aanspraak). Bij afrekeningspecificatie van 28 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanspraak afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij declaratieformulier van 31 juli 2008 heeft verzoeker een rekening ad € 20,00 voor een tandheelkundige behandeling ingediend. Bij afrekeningspecificatie van 13 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld de rekening niet te

vergoeden, wegens het ontbreken van een verrichtingencode.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij meldingsformulier 20 september 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, vermeerderd met een bedrag van € 140,00 aan kosten (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 10 oktober 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 oktober 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Bij brief van 20 oktober 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 november 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 november 2008 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 3 december 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 8 december 2008 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geweigerd heeft de kosten ad € 120,00 te vergoeden voor de vervanging van de gouden kroon, c.q. de restauratie en pitvulling.
 - 4.2. Verder stelt verzoeker in verband met vorengenoemde weigering van de ziektekostenverzekeraar voor € 140,00 (gespecificeerd) aan kosten te hebben gemaakt, welke kosten hij vergoed wenst te zien.
 - 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen en dat de ziektekostenverzekeraar hem een bedrag van € 260,00 dient te vergoeden.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de zorg is geleverd door een tandtechnisch laboratorium en dat behandelingen door een tandtechnisch laboratorium niet vallen onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het Reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoeker te vergoeden de kosten van de tandheelkundige behandeling ad € 120,00, vermeerderd met een bedrag van € 140,00 aan kosten. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. De zorgverzekering betreft hier een natura-polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 7 van de zorgverzekering, welk artikel verwijst naar de "lijst van aanspraken". Artikel 10 van de "lijst van aanspraken" regelt de aanspraak op mondzorg.
- 7.3. De zorgverzekering is, gelezen artikel 4 van de zorgverzekering, onder meer gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Uit artikel 1 lid d Zvw volgt – samengevat – dat een zorgverzekering niet 'meer of minder' mag bieden dan bij of krachtens de Zvw is bepaald.
- 7.4. De commissie is van oordeel dat de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen regeling, zoals hiervoor aangehaald, strookt met het bepaalde in de artikelen 10 en 11 Zvw en de artikelen 2.1, 2.2 en 2.7 Bzv.
- 7.5. In de procedure is gesteld, noch gebleken dat verzoeker een verzekeringsindicatie heeft voor mondzorg, dan wel de geleverde zorg tandheelkundige hulp betreft, zoals geregeld in artikel 10 van de zorgverzekering.
- 7.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.7. Artikel 7 sub d van de aanvullende ziektekostenverzekering, regelt, voor zover hier van belang:

***d. Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 22 jaar
(met uitzondering van orthodontie en de uitneembare volledige gebitsprothese)***

Zorgverlening: tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, instelling voor tandheelkundige zorg, tandprotheticus of een mondhygiënist.

Vergoeding: (...) maximaal € 600,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten)

Bijzonderheden: (...) de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ (...)"

- 7.8. Gebleken is dat de nota voor de vervanging van de gouden kroon, c.q. de restauratie en pitvulling, gedateerd 16 april 2008, is voorzien van een stempel van een "tandtechnisch laboratorium". Gelet op artikel 7 sub d van de aanvullende ziektekostenverzekering valt zorgverlening door een tandtechnisch laboratorium niet onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, dient te worden afgewezen.

Slotsom

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 december 2008,

Voorzitter