

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A vertegenwoordigd door F beiden te B tegen C en E beide te D
Zaak : Mondzorg, tandheelkundige zorg, kroon
Zaaknummer : 2011.01039
Zittingsdatum : 12 oktober 2011

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

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) E beide 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 TakeCareNow internet basispolis (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 Take 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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) het plaatsen van een kroon (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 februari 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 5 april 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 brief van 23 juli 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 ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 augustus 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 september 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 september 2011 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 augustus 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011090497) 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 indicatie heeft voor het gevraagde aangezien bij verzoeker de wortel nog aanwezig is en die gebruikt kan worden voor de restauratieve wederopbouw van het element. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 21 september 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 12 oktober 2011 telefonisch gehoord en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 oktober 2011 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. Bij brief van 30 augustus 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Tevens heeft het CVZ toegelicht dat een tand of kies hetzelfde is als een gebitselement. Een gebitselement bestaat uit een (natuurlijke) kroon en een wortel. Wanneer alleen de (natuurlijke) kroon verloren is gegaan, en niet de wortel, is geen sprake van een ontbrekend gebitselement. Een afschrift van dit CVZ-advies is op 25 oktober 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 30 oktober 2011 op dit CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend (weekend)tandarts heeft bij verzoeker het volgende vastgesteld:
"(...) elleboog tegen tand: afgebroken (...) 21 had een gecompliceerde fractuur tot in de pulpa. Er was ook een scherf tot onder de gingiva gebroken. Op de solo waren geen fracturen te zien. Geen enkel element was mobiel of geluxeed. De behandeling heeft bestaan uit: Initiële endo in de 21 (elektronische lengtebepaling: 22 mm tov de fractuurrand) gevijld tot vijl 20, deze afgesloten met CaOH2, watje en daarna opgebouwd met een composiet kroon. De patiënt(e) kreeg wel het advies een afspraak te maken (...)".
- 4.2. Ten tijde van deze behandeling was verzoeker nog verzekerd tegen ziektekosten bij een andere verzekeraar.

- 4.3. Met ingang van 1 januari 2010 heeft verzoeker de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. Op 14 december 2010 heeft de behandeling plaatsgevonden, waarop verzoeker thans aanspraak maakt.
- 4.4. Verzoeker stelt dat hij op 12 september 2009 een elleboogstoot in zijn gezicht heeft gekregen waardoor een voortand is afgebroken. De (weekend)tandarts heeft destijds een composiet kroon opgebouwd, en hem doorverwezen naar de eigen tandarts. Op termijn zou een definitieve kroon geplaatst moeten worden. De composietopbouw was een noodvoorziening, waar hij niet mee kon eten. Verzoeker stelt dat op 14 december 2010 de definitieve kroon is geplaatst. Ten tijde van de behandeling was hij 19 jaar. Het plaatsen van de kroon dient te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, omdat hij jonger was dan 21 jaar en tandheelkundige zorg voor die specifieke groep is opgenomen in de zorgverzekering. Verzoeker stelt dat op hem de situatie zoals genoemd in artikel 2.7 lid 4 onder I Bzv van toepassing is. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat het moet gaan om het ontbreken van een tand. In de polisvoorwaarden staat echter niet dat het moet gaan om een tand inclusief wortel.
- 4.5. Voorts stelt verzoeker dat hij naar aanleiding van de afwijzing van 24 februari 2011 telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, en dat hem bij die gelegenheid is toegezegd dat de machtiging alsnog zou worden verleend. Hij moest enkel een aanvullende verklaring opsturen. Dit heeft hij gedaan. Verzoeker was onaangenaam verrast door de brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 april 2011, inhoudende dat de plaatsing van de kroon toch niet voor vergoeding in aanmerking komt. Als hij dit had geweten, had hij voor het jaar 2011 een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten die wél dekking biedt voor de onderhavige zorg, en de behandeling uitgesteld tot 2011.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat indien het gehele element verloren was gegaan een implantaat had moeten worden geplaatst, waarvan de kosten zouden zijn vergoed. In het onderhavige geval ging het om het plaatsen van een kroon, omdat alleen de tand is afgebroken en niet de wortel. Verzoeker is van mening dat hij uit de informatie van de ziektekostenverzekeraar heeft kunnen opmaken dat alle tandheelkundige zorg tot 22 jaar wordt vergoed, en dat hieronder ook kronen vallen.
- 4.7. 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 in artikel 2.4 lid 4 onder I Bzv is bepaald dat tandvervangende hulp met niet-plastische materialen als het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, wordt vergoed indien het vervanging van één of meer ontbrekende blijvende snijtanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval.
- 5.2. In het geval van verzoeker is de tand niet geheel verloren gegaan, maar slechts voor een deel afgebroken. Het plaatsen van de kroon komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering. De onderhavige kosten komen evenmin voor vergoeding in aanmerking ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat geen contactregistratie is gevonden van het gesprek met verzoeker waarin de toezegging zou zijn gedaan. Het is dan

ook niet mogelijk na te gaan wat de exacte vraagstelling is geweest en of inderdaad sprake is geweest van een toezegging. Bovendien had verzoeker van te voren schriftelijk een machtiging aan moeten vragen. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar niet over te gaan tot het coulancehalve vergoeden van de kosten van het plaatsen van de kroon.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 is gehouden 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 1 tot en met 14 van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering. Artikel 11 van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“e Mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar

Omschrijving: mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 22 jaar in andere gevallen dan in onderdeel a t/m d van artikel 11:

(...)

12 tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, danwel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;

(...)

Zorgverlening: tandarts, instelling voor mondzorg, instelling voor jeugdtandverzorging, tandprotheticus, kaakchirurg of mondhygiënist.

(...)

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandelingen omschreven in sub 11 en 12, tenzij tussen de behandelend zorgverlener en [naam ziektekostenverzekeraar] anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet worden voorzien van een behandelplan en begroting.

(...)”

- 8.3. Artikel 11 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).
- 8.4. 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.
- 8.5. 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. Artikel 11 sub e van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering regelt de aanspraak op mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar. Verzoeker was ten tijde van de behandeling waarbij de definitieve kroon werd geplaatst – op 14 december 2010 – 19 jaar, zodat hij binnen de bedoelde groep verzekerden valt.
- 9.2. 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 11 sub e onder 12 van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering). In het geval van verzoeker is een porseleinen kroon geplaatst. Porselein is een niet-plastisch materiaal, en de oorzaak van het probleem is een ongeval, zodat aan die voorwaarden wordt voldaan.
- 9.3. In zijn advies van 24 oktober 2011 stelt het CVZ dat onder het begrip ‘tand’ als bedoeld in artikel 2.7 lid 4 onder I Bzv moet worden verstaan een tand inclusief de wortel, en dat verzoeker om die reden niet in aanmerking komt voor het gevraagde. De commissie ziet aanleiding van dit advies af te wijken. Genoemd artikel, hetwelk aan de basis ligt van artikel 11 sub e van de ‘lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering, is namelijk minder eenduidig dan het CVZ doet voorkomen. Uitgaande van de interpretatie van het college bestaat een gebitselement uit een (natuurlijke) kroon en een wortel en is aldus het begrip ‘gebitselement’ per definitie gelijk te stellen aan het begrip ‘tand’. Echter, in artikel 2.7 Bzv worden ‘gebitselement’ en ‘tand’ naast elkaar gebruikt, naar mag worden aangenomen niet zonder reden. Waar het bijvoorbeeld gaat om ‘restauratie van gebitselementen met plastische materialen’ (lid 4 sub i) is duidelijk bedoeld op het geheel van (natuurlijke) kroon en wortel. In lid 4 onder I wordt daarentegen gesproken over ‘tandvervangende hulp’, ‘tand’ en ‘tanden’, waar het in de rede zou hebben gelegen eveneens de term ‘gebitselement(en)’ te hanteren. De commissie leidt uit het gemaakte onderscheid in terminologie af dat de wetgever met het begrip ‘tand’ in de laatste situatie – mede – de (natuurlijke) kroon op het oog heeft gehad. In lijn met deze interpretatie is dat in het artikel tevens is bepaald dat aanspraak bestaat op een implantaat. Het aanbrengen daarvan is aan de orde indien de

ernstige situatie zich voordoet dat door een ongeval niet alleen de (natuurlijke) kroon ('tand'), maar het hele 'gebitselement' – dus inclusief de wortel – verloren is gegaan. Niet valt in te zien waarom de wetgever – uitgaande van de interpretatie van het CVZ – voor verzekerden jonger dan 22 jaar in de zorgverzekering wél 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 en het gebitselement nog aanwezig is. De commissie is gelet op het voorgaande van oordeel dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de plaatsing van de kroon ten laste van de zorgverzekering.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.5. 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 ad € 37,--.

Zeist, 9 november 2011,

Voorzitter