

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Mondzorg, implantaten, toerekening aan kalenderjaar, toezegging,
aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 2013.00365
Zittingsdatum : 11 september 2013

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) D beide te E,

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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VerzorgdPlus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering, die bestaat uit de verzekering TV 3 met een aanvulling, is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 vergoeding van de kosten van het aanbrengen van implantaten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat van het gedeclareerde bedrag van € 1.516,35 een bedrag van € 322,31 wordt vergoed; het meerdere wordt afgewezen. Bij beslissing van 3 januari 2013 is coulantehalve een bedrag van € 250,- nabetaald.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 januari 2013 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 april 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen ten laste van 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 23 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juli 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 september 2013 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker is in 2011 begonnen met een tandheelkundige behandeling, waarbij twee implantaten zouden worden aangebracht ten behoeve van een brug. Voorafgaand aan de behandeling heeft hij in de Zorgwinkel nagevraagd of het correct is dat hij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de implantaten. Deze vraag werd bevestigend beantwoord.
 - 4.2. Vanwege medische redenen heeft de behandeling langer geduurd dan vooraf werd verwacht. Als gevolg hiervan zijn de implantaten pas in 2012 aangebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten hiervan gedeeltelijk vergoed op grond van de polisvoorwaarden van 2012. Uiteraard weet verzoeker dat de polisvoorwaarden jaarlijks kunnen wijzigen. Verzoeker is evenwel van mening dat de kosten van de implantaten volledig moeten worden vergoed op grond van de polisvoorwaarden van 2011, omdat de behandeling in dat jaar is aangevangen en hem niet te verwijten valt dat de behandeling langer heeft geduurd dan vooraf was voorzien.
 - 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 23 juli 2013 stelt dat de aanvullende vergoeding van € 250,- een coulancevergoeding is. Echter, op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op deze aanvullende vergoeding. Er is geen sprake van een coulancevergoeding.

De tandarts heeft verzoeker voor de plaatsing van de implantaten doorverwezen naar de kaakchirurg, die de behandeling heeft uitgevoerd. In artikel A26 van de algemene voorwaarden staat vermeld dat de begindatum van de behandeling bepalend is. Die datum lag in 2011; toen heeft ook het eerste consult plaatsgevonden. Daarom zijn de polisvoorwaarden van 2011 van toepassing. Ten aanzien van de stelling van de ziektekostenverzekeraar, dat de begindatum van de behandeling alleen bepalend is voor de vergoeding indien sprake is van medisch specialistische zorg, omdat medisch specialisten declareren door middel van een DBC/DOT, merkt verzoeker op dat een verzekerde dit niet uit de voorwaarden kan destilleren.

Desgevraagd bevestigt verzoeker dat de implantaten in 2012 zijn aangebracht.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker is voorafgaand aan de behandeling – in januari en februari 2011 – langs geweest in de Zorgwinkel te Hengelo. Het gesprek dat toen heeft plaatsgevonden is niet vastgelegd. De betreffende medewerkster kan zich nog wel herinneren dat verzoeker een bezoek bracht, maar zij weet niet meer wat de exacte inhoud van het gesprek was. Zo al gezegd zou zijn dat de gehele behandeling wordt vergoed, is dit een juiste uitspraak geweest voor het kalenderjaar 2011.

5.2. Dat de toezegging is gedaan dat een behandeling die plaatsvindt in verschillende kalenderjaren wordt vergoed is niet mogelijk. Begin 2011 waren de polisvoorwaarden van 2012 immers nog niet bekend. Het is daarbij algemeen bekend dat de ziektekostenverzekeraar elk jaar de polisvoorwaarden wijzigt.

5.3. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van 2011 zou geen volledige vergoeding zijn gegeven voor het aanbrengen van implantaten door de kaakchirurg. De vergoeding zou wel hoger zijn geweest dan de vergoeding in 2012, namelijk € 500,--. Volledige vergoeding was in 2011 – afhankelijk van de gedeclareerde codes – wel mogelijk indien de implantaten door de tandarts waren aangebracht.

5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft coulancehalve een bedrag van € 250,-- aan verzoeker uitgekeerd, omdat verzoeker een oud-werknemer van de ziektekostenverzekeraar is.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verwarring is ontstaan over door wie de implantaten geplaatst zouden worden. De offerte is afkomstig van de tandarts, maar uiteindelijk heeft de kaakchirurg de implantaten aangebracht. Verzoeker is dan ook niet verkeerd geïnformeerd, maar er is iets anders gebeurd dan waar het in eerste instantie om ging, namelijk een behandeling door de tandarts. Overigens zijn alle behandelingen uitgevoerd in 2012.

Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een aanvullende vergoeding van € 250,--. Deze vergoeding geldt echter alleen voor prestatiecodes beginnend met een P. De onderhavige behandeling is evenwel niet met dergelijke prestatiecodes gedeclareerd, aangezien de kaakchirurg declareert met codes die enkel uit cijfers bestaan. Er is dus weldegelijk sprake van een coulancevergoeding.

In de polisvoorwaarden staat inderdaad vermeld dat als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder dat in één bedrag in rekening mag brengen, de datum waarop de behandeling is gestart bepalend is. Echter, zowel de tandarts als de kaakchirurg declareren per verrichting, terwijl medisch specialisten door middel van een DBC/DOT declareren. In het kader van deze laatste systematiek is de begindatum van de behandeling bepalend.

5.6. 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 algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het aanbrengen van de implantaten volledig te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

- 8.2. De artikelen T4 en T5 van de Tandartsverzekering TandVerzorgd 3 voor het jaar 2012 regelen de aanspraak op mondzorg en luiden, voor zover hier van belang:

T4 Vergoeding

U krijgt vergoeding van kosten volgens de tabel met prestaties die hierna volgt. De meest recente versie van de tabel is geldig. (...)

T5 Techniek- en materiaalkosten

Bij diverse prestaties kan de tandarts techniekkosten en/of materiaalkosten apart in rekening brengen. U vindt het bedrag dat wordt vergoed in de tabel, in de regel onder de bijbehorende prestatie."

- 8.3. In de tabel met prestatiecodes is ten aanzien van behandeling door de kaakchirurg bepaald dat bij de TandVerzorgd 3-verzekering aanspraak bestaat op vergoeding van een bedrag van € 50,- voor plaatsing van het eerste implantaat, € 35,- voor elk volgend implantaat en € 60,- voor techniek- of materiaalkosten. Voorts wordt in de VerzorgdPlus-verzekering voor 2012 onder het kopje "Implantologie (prestatiecodes beginnend met P)" bepaald :

"In aanvulling op TandVerzorgd 3 krijgt u voor materiaalkosten van implantaten (alle materialen die voor implantatie tijdelijk, dan wel blijvend in de mond worden geplaatst een extra vergoeding tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar"

- 8.4. In artikel A26 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de datum van behandeling bepalend is voor de vergoeding, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

*"De datum waarop u bent behandeld, een geneesmiddel is bereid of een hulpmiddel is afgeleverd, is bepalend voor de vergoeding. De datum waarop de nota is uitgeschreven of betaald is niet van belang. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder dat in één bedrag in rekening mag brengen, is de datum waarop de behandeling is gestart bepalend.
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker voor de onderhavige zorg de vergoeding heeft ontvangen waarop hij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering van 2012 aanspraak heeft. Hetgeen partijen verdeeld houdt is in de eerste plaats of in dit geval aanleiding bestaat de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van 2011, die aanspraak geven op een hogere vergoeding, toe te passen. Voorts dient aan de orde te komen of verzoeker, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden 2012, volledige vergoeding van de onderhavige behandeling is toegezegd.
- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de onderhavige implantaten daadwerkelijk zijn aangebracht in 2012. Artikel A26 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering begint met de hoofdregel dat de behandeldatum bepalend is voor het recht op vergoeding. Deze hoofdregel is ook in de onderhavige situatie van toepassing. In afwijking van deze hoofdregel geldt voor medisch specialistische zorg – die wordt gedeclareerd door middel van een DBC/DOT – een andere systematiek, waarbij de begindatum van de behandeling bepalend is. Aangezien de implantaten in 2012 zijn aangebracht en de hoofdregel, zoals opgenomen in voornoemd artikel, van toepassing is, zijn de verzekeringsvoorwaarden van 2012 bepalend voor de hoogte van de vergoeding.
- 9.3. Dat de behandeling door medische omstandigheden langer heeft geduurd dan vooraf was voorzien, waardoor de implantaten – overigens zonder dat dit aan verzoeker is te wijten – pas in 2012 konden worden aangebracht, kan geen grond vormen af te wijken van het bepaalde in artikel A26.

Werking privaatrecht

- 9.4. Ten tijde van het gesprek in de Zorgwinkel in januari/februari 2011 kwamen de kosten van de onderhavige zorg – althans of indien de implantaten werden aangebracht door de tandarts – op grond van de op dat moment geldende voorwaarden voor volledige vergoeding in aanmerking. De destijds verstrekte informatie was derhalve correct. Aangezien de polisvoorwaarden voor het volgende jaar op dat moment nog niet bekend konden zijn, ligt het niet zonder meer voor de hand dat een toezegging is gedaan die ook voor het jaar 2012 geldt. Verzoeker heeft die toezegging ook niet aanvaard. De ziektekostenverzekeraar is derhalve niet gehouden de in 2012 gemaakte kosten van implantaten ten behoeve van verzoeker volledig te vergoeden.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 september 2013,

Voorzitter