

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd F te G tegen C E beide te D
Zaak : Mondzorg, orthodontie, aanpassing van de maximale vergoeding
gedurende de lopende behandeling
Zaaknummer : 2010.00583
Zittingsdatum : 2 februari 2011

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgzó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in het geding en blijft daarom in het vervolg onbesproken. Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De ExtraVerzorgd 1 is niet in het geding en blijft daarom in het vervolg onbesproken. 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een orthodontistische behandeling tot een bedrag van € 1.500,-- (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft de aanspraak op vergoeding van de kosten van een orthodontische behandeling in de polisvoorwaarden voor 2010 verlaagd, in die zin dat de maximale vergoeding € 1.000,-- voor de gehele verzekeringsduur bedraagt.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 16 september 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 december 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 december 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 januari 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster is op 2 februari 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. In de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van 2009 is een vergoeding van de kosten opgenomen voor orthodontie tot maximaal € 1.500,-- gedurende de gehele looptijd van de verzekering. In 2010 is dit bedrag verlaagd naar € 1.000,--.
- 4.2. Verzoekster heeft, in overleg met de orthodontist, in 2009 besloten een beugel te nemen voor haar boventanden. Voor de zekerheid heeft zij voorafgaand aan de behandeling telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar de vergoeding van deze behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster medegedeeld dat de behandeling niet gemachtigd hoefde te worden en dat de vergoeding € 1.500,-- bedraagt. Verzoekster is in juli 2009 begonnen met de behandeling.
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij destijds haar beslissing om met de orthodontische behandeling te starten mede heeft gebaseerd op de vergoeding die zij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering zou krijgen. Deze vergoeding zou € 1.500,-- bedragen voor de gehele verzekeringsduur. De vergoeding is expliciet gerelateerd aan de gehele verzekeringsduur en niet aan een (kalender)jaar. Verzoekster mocht er daarom op vertrouwen dat zolang haar aanvullende ziektekostenverzekering onafgebroken van kracht zou zijn, en de behandeling zou voortduren, zij aanspraak kon maken op een vergoeding tot € 1.500,--.
- 4.4. Voorts is noch in de brief van november 2009 noch in het serviceboekje vermeld dat de aangekondigde wijziging ook voor lopende behandelingen geldt. Nu de ziektekostenverzekeraar de verlaging van de maximale vergoeding ook toepast op lopende behandelingen, worden hiermee in feite de polisvoorwaarden van 2009 met terugwerkende kracht gewijzigd. De polisvoorwaarden voorzien echter niet in een dergelijke mogelijkheid.
- 4.5. Daarnaast is sprake van strijd met het gelijkheidsbeginsel nu de ziektekostenverzekeraar wel een overgangsregeling heeft getroffen voor verzekerden tot 22 jaar, die zich

in exact dezelfde positie bevinden.

- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. In 2007 heeft zij één consult bij een orthodontist gehad vanwege vooruitstekende tanden. In 2008 is zij gevallen met haar fiets. Op 2 april 2009 is gekeken wat de mogelijkheden waren met betrekking tot een orthodontische behandeling. Verzoekster heeft op 21 april telefonisch nadere informatie ingewonnen bij de ziektekostenverzekeraar naar de vergoeding van een beugel. Op 19 juni 2009 werd haar desgevraagd bevestigd dat de vergoeding maximaal € 1.500,-- bedraagt voor de gehele duur. Verzoekster heeft dit opgevat als € 1.500,-- voor de duur van de behandeling. In januari 2010 heeft zij de ziektekostenverzekeraar gebeld naar aanleiding van de ontvangst van een nota, niet omdat zij het serviceboekje had ontvangen. Verzoekster benadrukt dat zij niet ervan op de hoogte was dat de onderhavige wijziging ook van toepassing was op lopende behandelingen. Zij merkt hierbij op dat de hoogte van de in 2009 geldende vergoeding van invloed was op haar beslissing met de behandeling te starten.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Kosten die gemaakt zijn in 2010 en die ter declaratie worden ingediend, dienen te worden getoetst aan de voorwaarden van 2010. De wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in het serviceboekje. In het serviceboekje voor 2010, dat in november 2009 naar verzoekster is verzonden, staat dat de maximale vergoeding voor orthodontie is beperkt tot € 1.000,-- voor de gehele verzekeringsduur. Verzoekster was dus tijdig op de hoogte van deze wijziging.
 - 5.2. Aan verzoekster is in 2007 een bedrag van € 23,20 vergoed voor een eerste consult bij een orthodontist, code 221101. In 2008 is een bedrag van € 932,60 ten behoeve van verzoekster aan de tandarts vergoed. Dit betreft tandheelkundige verrichtingen met een D-code. In januari 2010 is een bedrag van € 44,20 vergoed voor code D33. Hiermee is het maximum bereikt.
 - 5.3. Opgemerkt wordt dat het eerste consult bij de tandarts (code D61) heeft plaatsgevonden op 2 april 2009. Dit is voorafgaand aan het telefonisch contact van 21 april 2009. Daarmee is niet aannemelijk dat de beslissing van verzoekster te starten met de orthodontische behandeling afhankelijk was van de omvang van de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
 - 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de verzekeringsduur de periode is waarvoor de verzekering van kracht is. Verzekeringsvoorwaarden kunnen in die periode worden aangepast. De vergoeding voor orthodontie ziet op de gehele verzekeringsduur, en niet op de duur van de behandeling.
 - 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanspraak terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 de orthodontische behandeling alsnog te vergoeden tot maximaal € 1.500,-- voor de gehele verzekeringsduur ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Artikel T12 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009-2010) bepaalt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van orthodontische zorg en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

2009:

"T12 TandVerzorgd 3

(...)

Voor orthodontie boven de 22 jaar geldt een maximum bedrag van € 1.500 voor de gehele verzekeringsduur.

(...)"

2010:

"T12 TandVerzorgd 3

(...)

Voor orthodontie boven de 22 jaar geldt een maximum bedrag van € 1.000 voor de gehele verzekeringsduur.

(...)"

In artikel A 14 van de algemene voorwaarden van de ziektekostenverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment mag wijzigen.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.1. Op grond van artikel T12 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2009 geldt dat de maximale vergoeding voor orthodontische zorg € 1.500,-- voor de gehele verzekeringsduur bedraagt. In 2010 is de maximale vergoeding voor orthodontie verlaagd naar € 1.000,-- voor de gehele verzekeringsduur.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft het recht de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering vast te stellen. Deze polisvoorwaarden kan de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig artikel A14 van de algemene voorwaarden van de ziektekostenverzekering tussentijds wijzigen. De verzekerden dienen tijdig op de hoogte gesteld te worden van een zodanige wijziging, zodat zij, indien gewenst, de mogelijkheid hebben te kiezen voor een andere aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft niet ontkend dat zij tijdig op de hoogte was van de onderhavige wijziging in de polisvoorwaarden.

- 9.3. Dat sprake is van een lopende behandeling maakt het voorgaande niet anders. De verzekeringsovereenkomst wordt in beginsel aangegaan voor de duur van een kalenderjaar, met stilzwijgende verlenging. De stelling van verzoekster zou alleen doel treffen indien van haar voortzetting van de overeenkomst werd gevergd terwijl haar aanspraken op grond van die overeenkomst werden beperkt. Dit is echter niet het geval. Evenzo is er, anders dan verzoekster stelt, geen sprake van een voorwaardenwijziging met terugwerkende kracht. In 2009 had verzoekster aanspraak op een vergoeding van maximaal € 1.500,-- gedurende de gehele looptijd van de verzekering en indien zij in dit jaar kosten had gemaakt tot dat bedrag, zou dit maximum ook tot uitkering zijn gekomen.
- Het beroep op het gelijkheidsbeginsel kan niet slagen. De ziektekostenverzekeraar heeft, om hem moverende redenen, gekozen voor een overgangsregeling voor verzekerden tot 22 jaar. Het staat hem vrij dit te doen. Daarbij kan worden aangetekend dat de leeftijd tot 22 jaar voorheen ook bepalend was voor de aanspraak op reguliere tandheelkundige zorg in het kader van de zorgverzekering zodat, ook indien onderscheid naar leeftijd wordt gemaakt, dit onderscheid te rechtvaardigen is.

Telefonisch verstrekte informatie

- 9.4. Verzoekster heeft op 21 april 2009 bij de ziektekostenverzekeraar telefonisch navraag gedaan in hoeverre de kosten voor een beugel zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop geantwoord dat de kosten worden vergoed tot maximaal € 1.500,-- voor de gehele verzekeringsduur. Dit blijkt ook uit de overgelegde telefoonnotitie. Op 19 juni 2009 heeft verzoekster nogmaals telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar haar desgevraagd verteld dat de vergoeding € 1.500,-- is voor de gehele duur. De commissie constateert dat tijdens het eerste gesprek specifiek over een beugel ten behoeve van verzoekster is gesproken, en niet van orthodontie in algemene zin. Vervolgens is in de notitie die van het tweede gesprek door de ziektekostenverzekeraar is vervaardigd sprake van "de gehele duur". Verzoekster heeft dit opgevat als de gehele duur van de behandeling voor de beugel en mocht de mededeling onder de gegeven omstandigheden ook als zodanig opvatten. Gezien het voorgaande concludeert de commissie dat verzoekster aanspraak kan maken op een aanvullende vergoeding van maximaal € 499,78 (€ 1.500,-- -/- € 23,20 -/- € 932,60 -/- € 44,42) voor de kosten van de onderhavige behandeling.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als in 9.4 aangegeven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 23 februari 2011,

Voorzitter