

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : Mondzorg, orthodontie, maximale vergoeding
Zaaknummer : 2011.01183
Zittingsdatum : 7 december 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

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster 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 waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 (2009), ExtraVerzorgd 1 (2010) en TandVerzorgd 3 (2009-2010) afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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 orthodontische behandeling tot een maximum van € 1.500,-- (hierna: de aanspraak). Door middel van diverse uitkeringsspecificaties en telefonisch contact heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de kosten van de orthodontische behandeling te vergoeden tot een maximum van € 1.000,--.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 4 november 2010 en 8 december 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 26 augustus 2011 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 19 oktober 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 oktober 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 november 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 november 2011 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is in 2009 gestart met de orthodontische behandeling. In 2009 gold een maximumvergoeding voor de kosten van orthodontie van € 1.500,-- voor de gehele verzekeringsduur. Met ingang van 1 januari 2010 is deze maximum vergoeding verlaagd naar € 1.000,-- voor de gehele verzekeringsduur.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar weigert in 2010 iedere vergoeding die laatstgenoemd maximum te boven gaat. Verzoekster stelt dat de datum van de start van de behandeling bepalend is voor de hoogte van de vergoeding. Bovendien heeft de commissie eerder geoordeeld dat orthodontie altijd één doorlopende behandeling is die verdeeld kan zijn over meerdere jaren. Dit betekent dat recht bestaat op vergoeding van de kosten van de orthodontische behandeling tot maximaal € 1.500,-- voor de gehele verzekeringsduur, nu de behandeling is gestart in 2009.
- 4.3. Voorts stelt verzoekster dat het wijzigen van voorwaarden met terugwerkende kracht in strijd is met het beginsel van verzekeringen in het algemeen. Een wijziging van de voorwaarden levert een recht op om de polis op te zeggen. Verzoekster kon echter niet overstappen, aangezien haar orthodontische behandeling al was gestart en een nieuwe verzekeraar haar om die reden niet zou accepteren. Zij had derhalve geen andere redelijke keuze dan bij de ziektekostenverzekeraar blijven. Concluderend stelt verzoekster dat het wijzigen van de maximumvergoeding voor orthodontie in haar geval in strijd is met de redelijkheid en billijkheid. Zij vordert een vergoeding van maximaal € 1.500,--.
- 4.4. Tot slot stelt verzoekster dat enkele verrichtingen die door de orthodontist zijn gedeclareerd met een T-code, ten onrechte niet worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Het totaalbedrag van deze verrichtingen bedraagt € 81,90. Deze kosten dienen alsnog te worden vergoed.
- 4.5. Verzoekster 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 de vergoeding voor de kosten van orthodontie vanaf 2010 € 1.000,-- bedraagt voor de gehele verzekeringsduur. Voor de maximumvergoeding van € 1.000,-- voor het jaar 2010 tellen vergoedingen uit het verleden mee. Dit is gecommuniceerd door middel van een serviceboekje, dat in november 2009 naar verzoekster is gezonden. Verzoekster was eind november 2009 op de hoogte van de kosten van de behandeling, en zij was reeds geïnformeerd over de wijziging van de maximale vergoeding gedurende de gehele verzekeringsduur. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoekster derhalve redelijkerwijs voor aanvang van de orthodontische behandelingen had kunnen weten dat de vergoeding niet meer maximaal € 1.500,-- zou belopen, maar € 1.000,--. Bovendien is algemeen bekend dat dergelijke behandelingen in de regel van lange duur zijn.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat geen enkele toezegging aan verzoekster is gedaan, en ook niet is medegedeeld dat sprake zou zijn van een overgangsmaatregel. Wijziging van de polisvoorwaarden was toegestaan. De ziektekostenverzekeraar voert voorts aan dat verzoekster eind 2009 de mogelijkheid had over te stappen naar een andere verzekeraar.
- 5.3. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat verrichtingen met een T-code niet voor vergoeding in aanmerking komen, aangezien geen sprake is van orthodontische verrichtingen.
- 5.4. 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 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 aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. 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. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 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.
- 9.2. In 2010 is de maximale vergoeding voor orthodontie verlaagd naar € 1.000,- voor de gehele verzekeringsduur. Verzoekster heeft voorafgaand aan de orthodontische behandeling geen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster is met een verwijfsbrief van haar tandarts naar de orthodontist gegaan. De orthodontist heeft een begroting opgesteld voor de behandeling en daaruit blijkt dat de kosten niet boven de € 1.500,- uitstijgen. De orthodontische behandeling is gestart op 18 november 2009 en hierna zijn meerdere nota's, waarop diverse verrichtingen staan vermeld, gedeclareerd door de orthodontist.
- 9.3. Naar het oordeel van de commissie kan niet worden gesproken over één behandeling (die is verdeeld over meerdere jaren) met een bijbehorend totaalbedrag, maar van een reeks onderscheiden nota's die moeten worden beoordeeld aan de hand van de op dat moment vigerende verzekeringsvoorwaarden. Van belang is dat verzoekster voorafgaand aan de orthodontische behandeling geen begroting voor de gehele behandeling heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, zodat laatstgenoemde hierop geen beslissing heeft genomen op basis waarvan bij verzoekster bepaalde verwachtingen hebben kunnen ontstaan ten aanzien van de totale vergoeding. In artikel T4 (2009-2010) is namelijk bepaald dat verzekerden bij kostbare behandelingen voorafgaand een begroting kunnen opvragen bij de zorgverlener, en aan de hand daarvan de vergoeding kunnen nagaan. Verzoekster heeft derhalve geen recht op vergoeding van de orthodontische behandeling tot een maximum van € 1.500,-.
- 9.4. Met betrekking tot de gedeclareerde verrichting met code T91 overweegt de commissie als volgt. Conform de 'tabel met verrichtingen' die bij de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is gevoegd, betreft deze verrichting 'pocketstatus'. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt hiervoor geen vergoeding. De commissie merkt voorts op dat hetzelfde geldt voor de verrichting met code C65 ('beslijpen boven- en/of onder voortanden'). De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten terecht niet heeft vergoed.

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, 7 december 2011,

Voorzitter