

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Mondzorg, implantaten, wijziging voorwaarden
Zaaknummer : 2013.00885
Zittingsdatum : 25 september 2013

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (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 TandVerzorgd 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en ExtraVerzorgd 2 afgesloten.

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De verzekering ExtraVerzorgd 2 is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

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 het aanbrengen van twee implantaten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 608,56.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 28 mei 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 21 juni 2013 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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 31 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 augustus 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 september 2013 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft door de tandarts twee implantaten laten aanbrengen. Deze behandeling is gestart in 2011, en geëindigd in 2012. Voorafgaand aan de behandeling heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar via een e-mailbericht gevraagd wat de hoogte van de vergoeding zou zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft haar geantwoord dat er een vergoeding zou zijn voor niet meer dan twee implantaten per kalenderjaar, en heeft de codes vermeld die voor vergoeding in aanmerking komen en tot welk bedrag. Hieruit heeft verzoekster afgeleid dat deze vergoeding voor de gehele, door haar gestarte behandeling zou gelden.
- 4.2. Thans beroept de ziektekostenverzekeraar zich echter op de gewijzigde voorwaarden voor 2012. Verzoekster acht dit niet terecht, aangezien zij de behandeling niet halverwege kan stoppen. Zij verwacht dan ook dat zij de gemaakte kosten vergoed krijgt, een en ander conform hetgeen is vermeld in het e-mailbericht.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de indruk wekt dat geen behandelingen in 2011 hebben plaatsgevonden. Dit is wel het geval geweest.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op 2 augustus 2011 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd wat de vergoeding is voor een tandheeskundige behandeling vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft haar toen medegedeeld wat op dat moment de vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering was.
- 5.2. In 2012 zijn de voorwaarden op dit punt evenwel gewijzigd. In november 2011 is verzoekster over de wijzigingen geïnformeerd. Deze hebben geleid tot een andere vergoeding.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandeldatum leidend is voor de aanspraak.
- 5.4. 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 zorgverzekering en 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 aanspraak alsnog volledig 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 relevant.
- 8.2. Artikel T3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg in 2011 en luidt, voor zover hier van belang:
- “- U krijgt tweemaal tandsteen verwijderen (M50, M55, M59) per kalenderjaar vergoed. Zie T3.
- U krijgt niet meer dan zes vullingen en zes röntgenfoto's in de mond (X10) per kalenderjaar vergoed. Zie T3.
- U krijgt de toeslagcodes voor wortelkanaalbehandeling (E51 t/m E57) alleen vergoed als de tandarts vooraf een uitgebreid onderzoek (E02) heeft uitgevoerd.
- Bent u 18 jaar of ouder? Dan krijgt u bij kroon- en brugwerk (R-codes) niet meer dan drie gebitselementen per kalenderjaar vergoed. Zie T3.
- U krijgt niet meer dan twee implantaten per kalenderjaar vergoed. Zie T3.
- Bent u 18 jaar of ouder? Techniek- en materiaalkosten worden niet vergoed. Zie T6. (...)”*
- 8.3. De artikelen T4 en T5 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelen de aanspraak op tandheelkundige zorg in 2012 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. Deze is te vinden op [website]. De gedrukte versie kan dus verouderd zijn.
- Let op**
Niet elke prestatie is verzekerd. De code staat dan niet vermeld, of er staat een streepje.
- 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. (...)”

In de op de artikelen T3 (2011) en T4 en T5 (2012) volgende lijsten, staan de codes die voor vergoeding in aanmerking komen. Deze zijn per jaar verschillend.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar is vrij bij het bepalen van de inhoud van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hij mag de voorwaarden hiervan jaarlijks wijzigen. Verzoekster heeft na iedere wijziging van de voorwaarden de mogelijkheid de aanvullende ziektekostenverzekering binnen de daartoe gestelde termijn op te zeggen. Aangezien zij dit voor 2012 niet – tijdig – heeft gedaan, is zij gebonden aan de met ingang van 1 januari 2012 gewijzigde voorwaarden van deze verzekering.
- 9.2. Vast staat dat een deel van de kosten is gemaakt in het kalenderjaar 2012. Aangezien tandheelkundige zorg per verrichting wordt gedeclareerd, kunnen de kosten van een behandeling die het kalenderjaar overschrijdt, worden gebracht ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering van twee of meer jaren, met toepassing van de respectieve voorwaarden. Het is daarom in beginsel juist dat de ziektekostenverzekeraar een deel van de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering van het jaar 2012 heeft gebracht, ook al werd met de behandeling al in 2011 gestart. Door verzoekster is niet gesteld dat de ziektekostenverzekeraar haar op basis van de voorwaarden van 2012 meer of anders had moeten vergoeden dan in de onderhavige situatie is gebeurd, zodat de commissie de berekende vergoeding als vaststaand aanneemt, en hierin verder niet zal treden. Rest de vraag of het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 2 augustus 2011 is aan te merken als een toezegging tot volledige vergoeding.
- 9.3. In het betreffende e-mailbericht heeft de ziektekostenverzekeraar uiteengezet welke codes van de door verzoekster overgelegde offerte voor vergoeding in aanmerking komen. Hij heeft hierbij geen voorwaarden van een bepaald jaar genoemd, maar het bericht is gedateerd 2011, zodat verzoekster had kunnen en moeten begrijpen dat de vergoeding was gebaseerd op de voorwaarden van dat jaar. Van de ziektekostenverzekeraar kon in redelijkheid niet worden verwacht dat hij op dat moment rekening zou houden met de mogelijkheid dat verzoekster de gehele behandeling of een deel daarvan eerst in 2012 zou laten uitvoeren, ook al omdat hij – indien hij dit wel zou hebben gedaan – bij gebrek aan wetenschap over de in 2012 geldende voorwaarden, niet had kunnen antwoorden welk deel van de kosten in dat jaar zou worden vergoed. De commissie is daarom van oordeel dat verzoekster op basis van het e-mailbericht niet erop kon en mocht vertrouwen dat zij een volledige vergoeding zou ontvangen voor de in het jaar 2012 uitgevoerde verrichtingen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 oktober 2013,

Voorzitter