

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Mondzorg, implantaten  
Zaaknummer : 2012.03143  
Zittingsdatum : 29 mei 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 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).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen TandVerzorgd 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en ExtraVerzorgd 3 afgesloten.

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

De zorgverzekering en de verzekering ExtraVerzorgd 3 zijn niet in geschil en blijven om die reden 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 implantaten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 195,--.

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 27 november 2012 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 e-mailbericht van 25 februari 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan € 195,--, 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 18 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 april 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 april 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 mei 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster is op 29 mei 2013 telefonisch gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft in persoon aan de hoorzitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
  - 4.1. In september 2011 heeft verzoekster een tweetal offertes met betrekking tot het aanbrengen van implantaten naar de ziektekostenverzekeraar gezonden. Verzoekster ontving van de ziektekostenverzekeraar een overzicht van de te vergoeden bedragen. Verzoekster heeft daarop een afspraak gemaakt met de kaakchirurg. Eerst moest zij worden geopereerd aan de kaak. Daarna moest de kaak een half jaar herstellen.
  - 4.2. Pas in mei 2012 konden de implantaten worden aangebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft slechts een bedrag van € 195,- vergoed. Deze vergoeding is meer dan € 900,- lager dan het bedrag dat haar in 2011 is medegedeeld. Als verzoekster vooraf op de hoogte was geweest van de uiteindelijke vergoeding, had zij wellicht een andere beslissing genomen. Verzoekster meent daarom dat de vergoeding dient te worden gebaseerd op de voorwaarden voor 2011.
  - 4.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij op 19 september 2011 de offertes van de kaakchirurg en de tandarts aan de ziektekostenverzekeraar heeft gezonden. In reactie hierop heeft zij op 22 september 2011 een overzicht ontvangen met daarop vermeld welke kosten zij vergoed zou krijgen. Alleen de verrichting met code 238062 zou voor haar rekening blijven. Hierdoor is bij verzoekster het vertrouwen gewekt dat de overige verrichtingen volledig zouden worden vergoed. Dat een deel van de kosten niet in 2011, maar in 2012 zou worden gemaakt, had de ziektekostenverzekeraar kunnen weten, aangezien op de offerte van de kaakchirurg duidelijk staat vermeld dat na de ingreep (openen van het bot) een inhelingsfase van een half jaar in acht moet worden genomen.
  - 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. In 2011 is de kaakchirurg begonnen met de behandeling. De kosten hiervan worden volledig vergoed vanuit de zorgverzekering. Dit is aan verzoekster medegedeeld bij brief van 22 september 2011.
- 5.2. Op 21 mei 2012 zijn de implantaten aangebracht. Deze behandeling wordt niet vergoed vanuit de zorgverzekering, maar vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De voorwaarden van deze verzekering zijn met ingang van 1 januari 2012 gewijzigd. Hierover zijn alle verzekerden tijdig geïnformeerd. Als de verzekering wordt aangehouden gaat de verzekerde met de gewijzigde voorwaarden akkoord. Om die reden heeft verzoekster geen aanspraak op een hogere vergoeding dan € 195,--.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in de brief van 22 september 2011 duidelijk staat vermeld dat aan het betreffende overzicht geen rechten kunnen worden ontleend. Tevens is in bedoelde brief vermeld dat voor kaakchirurgie maximaal € 500,-- per kalenderjaar wordt vergoed. Ieder jaar worden nieuwe verzekeringsvoorwaarden vastgesteld. Helaas heeft de wijziging met ingang van 1 januari 2012 voor verzoekster het gevolg gehad dat de vergoedingen lager uitvallen dan in 2011.
- 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 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 dan wel tot een hoger bedrag dan € 195,-- in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.
- 8.2. De artikelen T3, T4 en T5 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelen de aanspraak op mondzorg en luiden, voor zover hier van belang:

### ***T3 Welke zorgaanbieder***

*U kunt naar elke tandarts, kaakchirurg, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus. U krijgt een vergoeding tot een maximum bedrag. U vindt dit bedrag in de tabel hierna.*

*(...)*

### ***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. (...)"

- 8.3. Artikel A26 van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering 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

- 9.1. Verzoekster heeft in 2011 een begroting van de kaakchirurg ingediend ten bedrage van € 2.039,98. De hierin vermelde code 238809 betreft de kaakchirurgische ingreep, en deze is tweemaal volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De overige codes op de begroting van de kaakchirurg kwamen in 2011 nog volledig ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.2. Verzoekster heeft in 2011 tevens een begroting van de tandarts ingediend ten bedrage van € 1.906,28. Hierin waren vermeld: tweemaal de code R25, tweemaal de code J44, en eenmaal de code R00. De codes R25 en J44 kwamen in 2011 voor volledige vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking. Indien deze behandeling werd uitgevoerd door een kaakchirurg, bedroeg de maximale vergoeding € 500,--. De techniek- en materiaalkosten, gedeclareerd met code R00, bleven voor rekening van verzoekster. Het ging hierbij volgens de begroting om een bedrag van € 1.400,--.
- 9.3. Het aanbrengen van de implantaten heeft pas in mei 2012 plaatsgevonden, omdat de kaak eerst moest herstellen van een voorbereidende operatie. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de voorwaarden 2012, een en ander conform artikel A26 van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering. In de verzekeringsvoorwaarden 2012 is geen vergoeding meer opgenomen voor de codes R25 en J44. De kaakchirurgische codes 238060, 238061, 238062 en 238063 komen in 2012 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Aanspraak bestaat op een gedeeltelijke vergoeding van de bedragen die zijn gedeclareerd met deze codes, tot een maximum van € 500,-- per kalenderjaar.
- 9.4. De code 238060 zou volgens het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 22 september 2011 tweemaal worden gedeclareerd, de codes 238061 en 238062 beide eenmaal, en de code 238063 tweemaal. Dit komt in 2012 uit op een vergoeding van € 235,-- ((2x € 50,--) + € 35,-- + € 60,-- + (2x € 20,--)). Gelet op het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 18 oktober 2012 is de code 238063 niet gedeclareerd, zodat de vergoeding is verminderd met € 40,--. De totale vergoeding is daarom € 195,--. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed.

## **Toerekening nota**

- 9.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat haar in 2011 door de ziektekostenverzekeraar had moeten worden verteld dat de vergoeding, zoals deze aan haar was medegedeeld, alleen zou gelden indien de gehele behandeling in dat jaar zou plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar had volgens verzoekster toen al bekend zou kunnen zijn met het feit dat zij een half jaar moest wachten alvorens de implantaten zouden worden aangebracht. Om die reden is verzoekster van mening dat de nota moet worden toegerekend aan het jaar 2011 en dat de vergoeding overeenkomstig de voorwaarden van dat jaar dient te worden vastgesteld.
- 9.6. Volgens eerdergenoemd artikel A26 van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt het moment waarop de zorg wordt genoten welke voorwaarden van toepassing zijn. Dit is slechts anders indien de zorg in twee opeenvolgende kalenderjaren wordt genoten en het bedrag in één keer mag worden gedeclareerd. Hiermee wordt gedoeld op de DBC-systematiek. De onderhavige zorg is echter niet met een DBC-code gedeclareerd, zodat deze uitzondering hier niet van toepassing is.
- Hetgeen verder door verzoekster is gesteld, te weten dat de diverse onderdelen van de behandeling moeten worden gezien als één behandeling kan geen grond vormen af te wijken van het bepaalde in artikel A26. Onderscheiden moeten worden de kaakchirurgische behandeling en het plaatsen van de implantaten. Dit blijkt reeds uit het feit dat door verzoekster twee offertes zijn ingediend. Overigens had verzoekster erop bedacht moeten zijn dat aan het overzicht behorende bij de brief van 22 september 2011, zoals in die brief is vermeld, geen rechten kunnen worden ontleend. Ook onbekendheid met de gewijzigde voorwaarden kan verzoekster niet baten. Zij moet worden geacht op de hoogte te zijn van de toepasselijke voorwaarden en de eventuele wijzigingen hierin met ingang van het nieuwe kalenderjaar.

## **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 juni 2013,

Voorzitter