

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Mondzorg, hoogte vergoeding, marktconforme tarieven
Zaaknummer : 2013.00563
Zittingsdatum : 4 december 2013

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tand Comfort afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekering 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 een vergoeding van 75 percent van de kosten van tandheelkundige zorg ten bedrage van € 705,- (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 19 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 350,67, wordt ingewilligd.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 december 2012 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 e-mailbericht van 15 augustus 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog tot een hoger bedrag dan € 350,67 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 22 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 oktober 2013 aan

verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 november 2013 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 november 2013 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker is op 4 december 2013 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker heeft eind 2011 een offerte aangevraagd voor een parodontologische behandeling. Na ontvangst van de betreffende offerte heeft verzoeker besloten de behandeling te laten uitvoeren.

4.2. In de aanvullende ziektekostenverzekering van 2012 is voor tandheelkundige zorg een vergoeding opgenomen van 75 percent, met een maximum van € 1.000,-- per kalenderjaar. In de toelichting bij de aanvullende ziektekostenverzekering van 2012 is vermeld dat tandartsen vanaf dat jaar zelf de tarieven mogen bepalen, zodat het kan zijn dat kosten voor rekening van de verzekerde blijven. Het kan echter niet zo zijn dat de ziektekostenverzekeraar van de nota van € 705,-- maar € 350,-- hoeft te vergoeden. Naar de mening van verzoeker is de ziektekostenverzekeraar gehouden conform de verzekeringsvoorwaarden 75 percent van de kosten te vergoeden.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij eind 2011 onder behandeling is gekomen bij de parodontoloog aangezien bij hem sprake was van loszittende elementen in onderkaak. In 2011 heeft verzoeker hiervoor een nota ontvangen die volledig door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. In 2012 is verzoeker met de behandeling gestart. Van de in 2012 gedeclareerde kosten kreeg hij maar de helft vergoed.

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. De ziektekostenverzekeraar vergoedt per verrichting een maximumbedrag teneinde de zorg op langere termijn betaalbaar te houden. Eind 2011 was nog onbekend welke tarieven door tandartsen, orthodontisten en mondhygiënisten zouden worden gehanteerd. Wel is eind 2012 een prestatielijst op de website geplaatst. In mei 2012 waren de tarieven bekend en is de prestatielijst op de website aangepast. Daarnaast is voor een aantal behandelingen besloten de tarieven met terugwerkende kracht te verhogen. De tarieven van de verrichtingen zoals uitgevoerd bij verzoeker zijn toen echter niet met terugwerkende kracht verhoogd.

5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering kent een vergoeding voor tandartskosten tot maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar. In november 2011 is bij de ziektekostenverzekeraar een nota ingediend ten bedrage van € 571,-- Hiervan is toen € 432,88 vergoed. Van de onderhavige nota van € 705,-- is conform de voorwaarden een bedrag van € 350,67 vergoed. Laatstgenoemd bedrag is 75 percent van het marktconforme tarief. De overige kosten blijven daarom voor rekening van verzoeker.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. In artikel 18 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering, welk artikel tevens van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering, wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit wel zou moeten. Dit heeft tot gevolg dat de bepaling op grond van de wet vernietigbaar is. De commissie heeft verzoeker erop gewezen dat de commissie over deze kwestie niet kan adviseren als in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten en verzoeker zich dientengevolge (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden. Met de betaling van het entreegeld heeft verzoeker de commissie bevestigd dat hij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de onderhavige bindende advisering.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog tot een hoger bedrag dan € 350,67 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. Artikel 1 van de ‘lijst van verstrekkingen’ van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op mondzorg en luidt, voor zover hier van belang:

“1. Mondzorg voor verzekerden vanaf 18 jaar (met uitzondering van orthodontie en de uitneembare volledige gebitsprothese)

Zorgverlening: tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, instelling voor mondzorg, tandprotheticus of een mondhygiënist.

Vergoeding:

Tand Comfort: 100% vergoeding voor consulten en preventieve mondzorg; 75% vergoeding voor de overige behandelingen. Gezamenlijk tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten).

(...)

Een (prestatie)lijst met de verrichtingen/behandelingen die voor vergoeding in aanmerking komen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. U heeft recht op vergoeding tot maximaal het op deze lijst vermelde marktconforme bedrag per prestatie. Kijk voor meer informatie en voorbeelden op [naam website ziektekostenverzekeraar]. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

9.1. De ziektekostenverzekeraar is vrij bij de invulling van de polisvoorwaarden. Door het afsluiten van de verzekering en de daaropvolgende – stilzwijgende – verlenging, heeft verzoeker zich hiermee akkoord verklaard. Zodoende is verzoeker gebonden aan de

betreffende voorwaarden en de bij de aanvullende ziektekostenverzekering behorende premie.

- 9.2. In artikel 1 van de 'Lijst van verstrekkingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg, tot een maximum van € 1.000,- per persoon per kalenderjaar. Tevens wordt in genoemd artikel verwezen naar een lijst met maximumbedragen die is gepubliceerd op de website van de ziektekostenverzekeraar. De kosten van tandheelkundige zorg worden vergoed tot 75 percent van de op deze lijst vermelde marktconforme bedragen.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de onderhavige nota ten bedrage van € 705,- conform de door hem gehanteerde voorwaarden aan verzoeker vergoed. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.4. De stelling van verzoeker dat hij niet bekend was met de onder 9.2 bedoelde lijst kan hem niet baten aangezien hier in de verzekeringsvoorwaarden expliciet naar wordt verwezen en de ziektekostenverzekeraar in november 2011 deze lijst op zijn website heeft geplaatst. Zodoende kon verzoeker bekend zijn met de gehanteerde bedragen en diende hij er rekening mee te houden dat hierdoor mogelijk een deel van de kosten voor zijn rekening zou blijven. Dat de ziektekostenverzekeraar de prestatielijst in mei 2012 deels heeft aangepast is hierbij niet relevant, aangezien het bij de aanpassing om een verhoging ging, welke verhoging in het voordeel van de betrokken verzekerden was. De in het geding zijnde bedragen voor parodontologische zorg zijn toen overigens niet aangepast.

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, 18 december 2013,

Voorzitter