

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D., beide te E
Zaak : Mondzorg, hoogte vergoeding, marktconforme tarieven
Zaaknummer : 2012.01003
Zittingsdatum : 12 september 2012

1. Partijen

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

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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Optimaal Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 1 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 39,16, wordt ingewilligd. Een bedrag van € 4,09 blijft voor rekening van verzoeker.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 april 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 brief van 4 juli 2012 heeft verzoeker 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 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 augustus 2012 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Op 10 november 2011 ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een overzicht met de wijzigingen in de polisvoorwaarden voor het jaar 2012. Hierin was onder andere vermeld dat voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener een deel van de kosten zelf betaald diende te gaan worden. Verzoeker heeft telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hem werd medegedeeld dat de contracten nog niet waren geregeld, maar dat verzoeker zich geen zorgen hoefde te maken. Bij declaratie in februari 2012 bleek een deel van de kosten voor eigen rekening te blijven, terwijl de kosten ten opzichte van 2011 nauwelijks waren gestegen.
 - 4.2. Verzoeker voert aan dat door de ziektekostenverzekeraar in zijn woonplaats slechts twee van de 43 tandartsen zijn gecontracteerd. Kennelijk zijn de tarieven die door de ziektekostenverzekeraar worden voorgesteld dermate laag dat de overige tandartsen geen contract wilden sluiten. Verder kan niet van verzekerden worden verwacht dat zij zich allen aanmelden bij deze twee tandartsen, zo deze al nieuwe patiënten aannemen. Verzekerden worden gedwongen naar een niet-gecontracteerde tandarts te gaan, waardoor zij een deel van de kosten zelf moeten betalen. Tot slot kan de ziektekostenverzekeraar niet garanderen dat de gecontracteerde tandartsen goede zorg leveren die vergelijkbaar is met die van de tandarts van verzoeker.
 - 4.3. De hoogte van de verzekeringspremie dient zodanig te zijn vastgesteld dat daarmee het verzekerde risico is gedekt. Het is dan ook niet redelijk dat de ziektekostenverzekeraar de tandartskosten niet volledig vergoedt voor zover het maximale verzekerde bedrag nog niet is bereikt. Dat door de eventuele hogere tarieven van de gekozen tandarts het maximale bedrag eerder is bereikt dan bij een gecontracteerde tandarts, is voor verzoeker aanvaardbaar. Het beleid van de ziektekostenverzekeraar vormt een verkapte premieverhoging.
 - 4.4. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar misbruik maakt van zijn machtspositie ten opzichte van zowel zorgverleners als verzekerden.
 - 4.5. 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 behandeling een maximaal bedrag teneinde de zorg op langere termijn betaalbaar te houden. Eind 2011 was nog onbekend

welke tarieven door tandartsen, orthodontisten en mondhygiënisten zouden worden gehanteerd. In mei 2012 was dit duidelijk, waarop voor een aantal behandelingen is overgegaan tot een tariefverhoging met terugwerkende kracht. Ook worden voor sommige behandelingen geen maximale techniekkosten meer gehanteerd. De tarieven van de verrichtingen zoals uitgevoerd bij verzoeker, te weten een consult en tandsteenverwijdering, zijn niet met terugwerkende kracht verhoogd.

5.2. De tandarts van verzoeker heeft geen contract met de ziektekostenverzekeraar. Daarom is het marktconforme bedrag van € 39,16 betaald. Dit is geregeld in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Een bedrag van € 4,09 blijft 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. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. In artikel 1 van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld dat de voorwaarden van de zorgverzekering integraal gelden voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

6.2. Hoewel dit zou moeten, is in de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering geen verwijzing naar de rechter opgenomen. Bij brief van 10 juli 2012 heeft de commissie verzoeker hierop gewezen. Verzoeker heeft bij brief van 11 juli 2012 medegedeeld gebruik te willen maken van de bindend adviesprocedure.

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 verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

8.2. Artikel 7 sub d van de 'lijst van verstrekkingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op mondzorg en luidt, voor zover hier van belang:

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

Vergoeding: maximaal € 410,- 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 overeengekomen vermelde marktconforme bedrag per prestatie. Kijk voor meer informatie en voorbeelden op [naam website].

Bijzonderheden: de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de betreffende mondzorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ;

- de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;*
- vergoeding vindt plaats op basis van het door [naam ziektekostenverzekeraar] met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent [naam ziektekostenverzekeraar] de genoemde vergoeding op basis van het marktconforme bedrag;*
- vergoeding van de kaakchirurg vindt plaats op basis van het door [naam ziektekostenverzekeraar] met de zorgverlener overeengekomen tarief.*

Indien geen tarief is overeengekomen verleent [naam ziektekostenverzekeraar] de vergoeding op basis van 80% van het door [naam ziektekostenverzekeraar] gemiddelde gecontracteerde tarief;

- wanneer er sprake is van acute pijnklachten in het buitenland vallen deze onder bovenstaande maximale vergoeding, behandeling in het buitenland is alleen toegestaan in geval van spoedeisende tandheelkundige zorg tenzij er andere afspraken zijn gemaakt.*

Uitsluitingen: narcose, tandheelkundige verklaring, niet nagekomen afspraak, gedeeltelijk voltooid werk, uitwendig bleken en aanvullend onderzoek en behandeling van snurk- en slaapstoornissen.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Ingevolge artikel 7 sub d van de ‘algemene voorwaarden’ van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg tot een maximum van € 410,- per kalenderjaar. Verder is bepaald dat bij de vaststelling van de hoogte van het tarief wordt uitgegaan van een lijst die is gepubliceerd op de website van de ziektekostenverzekeraar. Hierdoor geldt per verrichting een maximale vergoeding.
- 9.2. Verzoeker is in november 2011 geïnformeerd over de wijziging van de voorwaarden met ingang van 1 januari 2012. In november was echter nog niet bekend of de tandarts van verzoeker door de ziektekostenverzekeraar zou worden gecontracteerd zodat hij er rekening mee diende te houden dat hierdoor mogelijk een deel van de kosten voor zijn rekening zouden blijven.
- 9.3. Ook de hoogte van de gehanteerde tarieven was verzoeker bekend. Dat deze in mei 2012 deels nog zijn aangepast is hierbij niet relevant, aangezien het bij de aanpassing om een verhoging ging, welke verhoging in het voordeel van de verzekerde is. De in het geding zijnde tarieven voor een consult en voor een tandsteenverwijdering zijn overigens niet aangepast. Verzoeker wist of kon ten tijde van de voorwaardenwijziging in november 2011 weten dat zijn tandarts niet was gecontracteerd en dat de – lagere – vergoeding voor de door deze tandarts uit te voeren verrichtingen zou worden gebaseerd op de tarieven van 2011. Van de op dat moment bestaande opzegmogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 9.4. 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. Het is niet onredelijk een beperktere vergoeding te verlenen indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft landelijk meerdere tandartsen gecontracteerd. Dat hiervan zich slechts twee in de woonplaats van verzoeker bevinden, doet hieraan niet af.

- 9.5. Met betrekking tot de opmerking van verzoeker dat de premie kostendekkend dient te zijn, zodat het niet nodig is maximumtarieven per verrichting te hanteren, merkt de commissie op dat zij niet kan treden in het beleid van de ziektekostenverzekeraar.

Conclusie

- 9.6. 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 september 2012,

Voorzitter