



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Mondzorg, gebitsprothesen op implantaten, hoogte techniekkosten
Zaaknummer : 201502176
Zittingsdatum : 11 mei 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Goed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering MiX Aanvullende Verzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een implantaatgedragen boven- en onderprothese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 31 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan (de tandarts van) verzoeker verzocht een nieuwe begroting in te sturen, waarbij de techniekkosten maximaal € 1.363,-- mogen bedragen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 6 mei 2015, 3 juni 2015 en 22 juli 2015 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 6 januari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel 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 3 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 maart 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 maart 2016 per e-mail medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 april 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Verzoeker is op 11 mei 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
-  3.10. Verzoeker heeft ter zitting een aantal stukken overgelegd. Afschriften hiervan zijn op 13 mei 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Daarnaast heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht een toelichting te geven op enkele door verzoeker ter zitting aangedragen punten en gevraagd om toezending van een afschrift van de met de zorgaanbieder afgesloten overeenkomst. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 3 juni 2016 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 7 juni 2016 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 9 juni 2016 zijn commentaar gezonden. Een afschrift hiervan is op 10 juni 2016 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. De behandelend tandarts heeft ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor het vervaardigen van een nieuwe boven- en onderprothese op implantaten. In de begroting van 20 maart 2015 worden de totale kosten hiervan gesteld op € 4.558,21. Hiervan is een bedrag van € 3.597,85 begroot voor de materiaal- en techniekkosten.
-  4.2. Naar aanleiding van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 31 maart 2015 heeft de behandelend tandarts een specificatie van de materiaal- en techniekkosten van het tandtechnisch laboratorium naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De betreffende kosten bedragen € 1.628,85.
-  4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar mag de in dit verband opgevoerde code 6490 niet voorkomen op de begroting, omdat deze code alleen mag worden gebruikt voor suprastructuren en kronen, en niet voor een steg (een mesostructuur). De aanvraag betreft echter het vervaardigen van een volledige boven- en onderprothese, beide op een steg. De boven- en onderprothesen zijn de suprastructuren. Derhalve heeft de tandtechniker rechtmatig de code 6490 begroot.
-  4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij vijf jaar oude boven- en onderprothesen op implantaten heeft die volledig zijn versleten. Het behandelplan bestaat uit nieuwe geperste prothesen met composiet elementen. Vanwege de gebruikte code (6490) heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend beslist op de ingediende begroting. De zorgaanbieder heeft hierover contact gezocht met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa heeft de zorgaanbieder gelijk gegeven. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de techniek- en materiaalkosten tot maximaal € 1.363,--. Echter, de goedkoopste gestrooide prothese komt deels uit China en kost al € 1.558,--. De kwaliteit hiervan is minder dan die van een geperste prothese, waarvan de kosten minimaal € 1.650,- bedragen. Andere verzekeraars hanteren dan ook hogere maximale vergoedingen van bijvoorbeeld € 2.159,-- en € 1.800,--. Waarbij in het tweede geval nog rekening kan worden gehouden met

bijzondere omstandigheden, leidend tot een hogere vergoeding. Verzoeker heeft ter zitting stukken overgelegd om zijn stellingen te onderbouwen.

Verzoeker loopt nu al een jaar met een kapotte prothese en krijgt niet de zorg die andere verzekerden krijgen. De zorgaanbieder wil daar een uitspraak over, ook in het licht van zijn functie als bestuurder van Academie Bevordering Implantologie Nederland (BIN). Er wordt intussen al gewerkt met de "VGZ-prothese", te weten een goedkopere versie, en een dergelijk onderscheid is niet gewenst.

De zorgaanbieder is voorts gebleken dat afhankelijk van de praktijk soms een hogere vergoeding mogelijk is. De zorgaanbieder heeft van een (voormalig) zorginkoper van de ziektekostenverzekeraar vernomen, dat door de ziektekostenverzekeraar vijf categorieën worden onderscheiden. Zou verzoeker in de praktijk in Zaltbommel zijn behandeld, dan had dit probleem zich niet voorgedaan.

De werkzaamheden worden verricht in een eigen laboratorium van de zorgaanbieder. De tandarts monteert de analogen op de afdrukstiften en controleert de modellen. Zou dit anders gebeuren, dan waren de techniekkosten hoger.

De zorgaanbieder heeft een contract met de ziektekostenverzekeraar, echter, de vervangingsprothese is hierin niet geregeld. De situatie is evenwel qua werk vergelijkbaar met die van een prothese op twee of vier drukknoppen. Hiervoor geldt een hoger bedrag aan materiaal- en techniekkosten. De commissie zou ook inzage moeten hebben in dit contract.

- 4.5. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 9 juni 2016 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 3 juni 2016.

Verzoeker stelt dat de gemiddelde techniekprijs niet kan worden gekoppeld aan de codes J51 en/ of J52, omdat deze codes de prothese op implantaten betreffen en dit een zeer diverse groep is:

(i) de codes betreffen zowel nieuwe als vervangende prothesen, bij de nieuwe prothesen zitten het model en de matrices verwerkt in de technieknota van de steg waardoor de technieknota van de prothese lager zal uitvallen, en (ii) de codes gelden zowel voor prothesen op drukknoppen als die op een steg, waarbij de techniekkosten voor de prothesen op drukknoppen substantieel lager zijn. Verzoeker concludeert dat de berekening van de ziektekostenverzekeraar geen gemiddelde techniekprijs weergeeft voor een vervangingsprothese op steg.

Op 1 juli 2015 is er een daling van het honorarium van de tandarts geweest, maar niet van de techniekkosten, terwijl volgens de berekening van de ziektekostenverzekeraar juist de techniekprijzen zijn gedaald.

De opmerking over het verschillende werkgebied is op zijn minst vreemd te noemen. Het werkgebied van genoemde verzekeraar is met name Zuid-Nederland, het werkgebied waar ook de ziektekostenverzekeraar van oudsher opereert. Bovendien is de ziektekostenverzekeraar thans een landelijk opererende verzekeraar. Daarbij komt dat de prijzen, die ter vergelijking zijn opgevraagd en aangeleverd, van landelijk opererende ketens voor tandtechniek afkomstig zijn.

De zorgaanbieder werkt parttime in een vestiging van een mondzorgketen te Zaltbommel, waar de vergoedingen hoger zijn dan hij in zijn praktijk gemachtigd krijgt. In een gesprek met de betreffende zorginkoper, waarbij ook drie anderen aanwezig waren, is uitleg gegeven over de diverse prijzen die de ziektekostenverzekeraar hanteert. In een later gesprek is dit herhaald. Zo nodig kan de zorgaanbieder aan de voormalig zorginkoper vragen dit te bevestigen.

Verzoeker heeft recht op dezelfde behandeling als verzekerden die elders zijn verzekerd. Het veel te laag vergoeden van de techniekkosten noopt tandtechnische laboratoria tot het gebruik van inferieure materialen en het niet volgens de richtlijnen uitvoeren van het tandtechnisch werk, met alle kwalijke gevolgen van dien.

- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Techniekkosten vallen niet onder de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg). In de polisvoorwaarden is bepaald dat als er geen Wmg-tarieven gelden, de kosten worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Deze redelijke marktprijs heeft de

ziektekostenverzekeraar berekend op grond van alle beschikbare data, en deze geldt derhalve als maximale vergoeding voor de techniekkosten behorende bij de aangevraagde behandeling. Voor de techniekkosten behorende bij de UPT-codes J52 en J58 hanteert de ziektekostenverzekeraar een maximale vergoeding van € 735,--, en voor de techniekkosten behorende bij de UPT-codes J51 en J57 een maximale vergoeding van € 628,--. Opgeteld leiden deze bedragen tot een maximumvergoeding voor techniekkosten van € 1.363,--.

- 5.2. In de correspondentie is de ziektekostenverzekeraar achteraf gezien niet duidelijk geweest over het gebruik van code 6490. Deze code, en alle andere codes die zijn vermeld in de begroting van 13 april 2015, kunnen slechts worden gehanteerd als een tandarts de tandtechniek in eigen beheer uitvoert. Dit is hier evenwel niet het geval, aangezien het werk wordt uitbesteed aan een tandtechnisch laboratorium. De ziektekostenverzekeraar betreurt dat hij eerder niet duidelijk/volledig is geweest. Hiervoor biedt hij verzoeker zijn verontschuldiging aan. Dit leidt echter niet tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.3. De behandelend tandarts is door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 maart 2016 aan de commissie medegedeeld dat de tandarts voor de aangevraagde behandeling maximaal € 1.363,-- aan techniekkosten bij hem mag declareren. Hiervoor hoeft hij geen nieuwe begroting in te dienen. Wel moet de ziektekostenverzekeraar uit de nota kunnen opmaken welk bedrag aan techniekkosten wordt gedeclareerd. Indien de tandarts meer dan € 1.363,-- aan techniekkosten opvoert, zal de ziektekostenverzekeraar de meerkosten niet vergoeden. De ziektekostenverzekeraar tekent hierbij aan dat de tandheeskundig adviseur heeft verklaard dat het niet is toegestaan dat de tandarts eventuele hogere techniekkosten (dus boven het gemaximeerde bedrag van € 1.363,--) bij verzoeker in rekening brengt.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verschillende adviserend tandartsen hebben gekeken naar het tarief van € 1.363,--. Het standpunt van de NZa wordt overigens niet bestreden. Echter, het gaat hier niet om tandtechniek in eigen beheer. Het werk wordt uitgevoerd door een tandtechnisch laboratorium. Alle gebruikte codes zien op techniekkosten in eigen beheer, waarvan hier geen sprake is. In reactie op de stelling van verzoeker dat verschillende tarieven worden gehanteerd, antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat hij dit niet weet. Hij zal dit binnen de organisatie navragen. Daarnaast gevraagd, antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat het bedrag van € 1.363,-- geen gecontracteerd tarief is.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 juni 2016 gereageerd op de ter zitting door verzoeker overgelegde stukken en de aanvullende vragen van de commissie. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat de maximumvergoeding voor de techniekkosten wordt berekend door gebruik te maken van eigen data en het opvragen van offertes bij tandtechnische laboratoria. De ziektekostenverzekeraar beschikt niet meer over deze offertes. Bovendien zijn de bedragen die voortvloeien uit deze offertes reeds jaren geïndexeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft wel een onderzoek uitgevoerd op basis van de techniekkosten die hij in 2015 voor de codes J51 en J52 heeft vergoed. Zoals uit het overzicht blijkt gaat het hierbij om significante aantallen en kan de hieruit voortvloeiende vergoeding geclassificeerd worden als marktconform. Op basis van de vergoede techniekkosten voor de codes J51 en J52 in 2015 bedraagt het jaargemiddelde € 1.349,02. Als hierbij rekening wordt gehouden met de tariefwijziging, die op 1 juli 2015 is doorgevoerd, bedraagt het gemiddelde tarief in de eerste helft van 2015 € 1.298,45. Het gehanteerde tarief van € 1.363,-- is derhalve toereikend en marktconform. De overgelegde tarievenlijsten van andere verzekeraars zijn in deze situatie niet relevant. De hoogte van de tarieven is mede afhankelijk van het werkgebied van de verzekeraar. Hierdoor kunnen per verzekeraar verschillen optreden. In reactie op de stelling van verzoeker dat de zorgaanbieder van een zorginkoper heeft vernomen dat de ziektekostenverzekeraar verschillende categorieën en hoogte van vergoedingen hanteert, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de betreffende zorginkoper niet meer bij hem werkzaam

is. Daarom kan niet worden achterhaald wat in het betreffende gesprek is besproken. De ziektekostenverzekeraar herkent zich niet in de stelling dat binnen de organisatie sprake is van verschillende categorieën en hoogten van vergoedingen. Er wordt gewerkt met gemiddelden en niet met categorieën.

De ziektekostenverzekeraar heeft een afschrift van de met de zorgaanbieder gesloten overeenkomst aan de commissie gestuurd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op een implantaatgedragen boven- en onderprothese, ten laste van de zorgverzekering dan wel 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. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat en luidt:

“Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of tandprotheticus.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig:

1. Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:

- € 675 voor een boven- of onderkaak;

- € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen.

*2. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.
De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.*

Eigen bijdrage gebitsprothese

U hebt recht op een gebitsprothese (kunstgebit) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.

U hebt recht op een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 30.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125 per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten. Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn."

- 8.4. Artikel 31 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv. De verschuldigde eigen bijdrage is geregeld in artikel 2.31 Rzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De behandelend tandarts heeft de begroting van 20 maart 2015 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor de ten behoeve van verzoeker aangevraagde behandeling. Op deze begroting staan de codes J51, J52, J57 en J58 vermeld, alsmede de materiaal- en techniekkosten van € 3.597,85. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens verzocht om een nieuwe begroting, waarbij de techniekkosten maximaal € 1.363,-- bedragen. De tandarts heeft hierop de (gespecificeerde) kostenbegroting van de tandtechniker toegestuurd, waaruit blijkt dat de totale techniekkosten € 1.628,85 zijn. Vervolgens is een discussie ontstaan tussen de ziektekostenverzekeraar en de behandelend tandarts over de op de begroting genoemde code 6490.
- 9.2. De commissie constateert dat de behandelend tandarts op zijn begroting voor de aangevraagde behandeling een viertal J-codes heeft gebruikt. Van deze codes staan alleen de bijbehorende techniekkosten ter discussie. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij voor de techniekkosten van de gecombineerde codes J51 en J57 maximaal € 628,-- vergoedt, en voor de gecombineerde codes J52 en J58 maximaal € 735,--, totaal derhalve € 1.363,--. De zorgaanbieder heeft verklaard dat voornoemde tarieven niet zijn vastgelegd in de overeenkomst die hij heeft gesloten met de ziektekostenverzekeraar. Dit laatste is door de ziektekostenverzekeraar niet weersproken, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan.

- 
- 9.3. Verzoeker heeft een naturapolis. Dit betekent dat hij aanspraak heeft op de zorg waarop hij gezien zijn indicatie is aangewezen. Dat verzoeker een indicatie heeft voor een implantaatgedragen boven- en onderprothese is niet in geschil. Daarnaast staat vast dat de behandelend tandarts door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Zoals onder 9.2 is overwogen, wordt als vaststaand aangenomen dat over de in het geding zijnde tarieven in de overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar geen afspraken zijn gemaakt. De maximale vergoeding ter zake van € 1.363,- is niet in de polisvoorwaarden opgenomen en was derhalve voor verzoeker niet kenbaar. Op grond van artikel 31 van de zorgverzekering geldt in een situatie als de onderhavige evenwel de eis van voorafgaande toestemming. De commissie is van oordeel dat het hanteren van dit toestemmingsvereiste niet ertoe mag leiden dat verzoeker verstoken blijft van de zorg waarop hij is aangewezen en waarvoor hij zich heeft gewend tot een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Indien de visies van de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder over de hoogte van de in rekening te brengen bedragen kennelijk zodanig uiteenlopen, en zij hierover bij het aangaan van de overeenkomst geen afspraken hebben gemaakt, is het zaak dat zij hierover alsnog het overleg aangaan. Verzoeker staat daar buiten; hij mag erop vertrouwen dat een gecontracteerde zorgaanbieder de verzekerde zorg kan en mag leveren. De ziektekostenverzekeraar is derhalve gehouden alsnog zijn toestemming te verlenen op basis van de ingediende begroting.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen op basis van de zorgverzekering behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen verdere bespreking.



Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.



Zeist, 6 juli 2016,



H.A.J. Kroon