

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Mondzorg, hoogte vergoeding, marktconforme tarieven
Zaaknummer : 2012.01058
Zittingsdatum : 31 oktober 2012

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F,

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 Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis drie sterren en de Beter Af Tandarts Polis drie sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van 75 percent van de kosten van de op 4 januari 2012 door haar ondergane wortelkanaalbehandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 april 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 brief van 14 juli 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 ver-

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

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 september 2012 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 26 september 2012 respectievelijk 9 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft op 4 januari 2012 een wortelkanaalbehandeling ondergaan. De behandelend endodontoloog heeft voor deze behandeling in totaal € 660,- bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Tot op heden heeft de ziektekostenverzekeraar van dit bedrag, na bijstelling, ongeveer 54 percent vergoed, terwijl verzoekster op grond van de aanvullende tandartsverzekering aanspraak heeft op een vergoeding van 75 percent. De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling betrokken dat hij het marktconforme tarief hanteert op basis van de gemiddelde kosten voor dezelfde behandelingen in 2011. Verzoekster heeft bij meerdere endodontologen navraag gedaan en hieruit blijkt dat de kosten voor een wortelkanaalbehandeling variëren tussen de € 500,- en € 900,-. Daarbij komt dat het voor verzoekster eind 2011 nog niet mogelijk was betrouwbare informatie te krijgen over de te verwachten kosten.

4.2. Verzoekster voert verder aan dat door de ziektekostenverzekeraar in haar omgeving slechts twee tandartsen zijn gecontracteerd. Van verzekerden kan niet worden verwacht dat zij zich allen aanmelden bij deze twee tandartsen, zo deze al nieuwe patiënten aannemen. Verzekerden worden zo gedwongen naar een niet-gecontracteerde tandarts te gaan, waardoor zij een groot deel van de kosten zelf moeten betalen.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Voor behandelingen vanaf 1 januari 2012 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit alleen prestatiebeschrijvingen vastgesteld die voor mondzorg mogen worden gehanteerd. De prijs van een behandeling mag de zorgverlener zelf bepalen. De behandelend endodontoloog heeft voor de op 4 januari 2012 door verzoekster ondergane wortelkanaalbehandeling in totaal een bedrag van € 660,- gedeclareerd. Dit bedrag bestaat onder meer uit de verrichtingscodes L314 en L421. Voor de verrichtingscode L314 berekende de endodontoloog € 490,- en voor de verrichtingscode L421 € 50,-. Het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde maximale bedrag per prestatie voor L314 is € 339,30 (dit was € 273,69) en voor L421 € 37,65. Op grond van de door verzoekster afgesloten aanvullende tandartsverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van maximaal 75 percent van het maximale bedrag per prestatie. De maximale vergoeding voor L314 is zodoende € 254,48 en voor L421 € 28,24. De endodontoloog van verzoekster heeft geen contract met de ziektekostenverzekeraar. Indien verzoekster had gekozen voor een gecontracteerde zorgverlener had zij mogelijk niets hoeven bij te betalen.

5.2. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat verzoekster eind 2011 een informatiepakket is gestuurd waarin onder meer een overzicht van de wijzigingen was opgenomen. In dit overzicht wordt vermeld dat de tandartsen in 2012 zelf de tarieven mogen bepalen en dat dit kan betekenen dat een deel van de kosten voor eigen rekening blijft. Daarnaast kon verzoekster de maximumtarieven per behandeling vinden in het overzicht "maximaal te vergoeden bedragen mondzorg 2012" of via de rekentool. Zowel het overzicht als de rekentool is te vinden op de website van de ziektekostenverzekeraar.

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 16 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de op 4 januari 2012 door verzoekster ondergane wortelkanaalbehandeling voor 75 percent te vergoeden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is van de verzekeringsvoorwaarden één bepaling relevant en deze luidt als volgt:

"Beter Af Tandarts Polis

Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten en een second opinion, mondhygiene, (...)

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie wanneer u een Beter Af Tandarts Polis met 1, 2 of 3 sterren heeft. (...)

Voor meer informatie kunt u de brochure 'Mondzorg' raadplegen. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden tot maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie. U kunt deze bedragen terugvinden op de 'maximale vergoedingenlijst' op onze website of bij ons opvragen.

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

(...)

Beter Af Tandarts Polis 3 sterren

– consulten en een second opinion, mondhygiene, vullingen en extracties:

maximaal het door ons vastgestelde maximale bedrag per prestatie

– overige behandelingen: maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie

– totale vergoeding is maximaal € 900,- per persoon per kalenderjaar

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Ingevolge de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 75 percent van het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde bedrag per prestatie, met een maximum van € 900,-- per kalenderjaar. De maximale vergoedingslijst is gepubliceerd op de website van de ziektekostenverzekeraar.
- 9.2. Verzoekster is in november 2011 een informatiepakket gestuurd over de wijziging van de voorwaarden met ingang van 1 januari 2012. Dit informatiepakket bevatte onder meer een vergoedingsoverzicht waarop staat vermeld dat tandartsen in 2012 zelf de tarieven mogen bepalen en dat dit kan betekenen dat verzekerden een deel van de kosten zelf moeten betalen. Aangezien verzoekster niet heeft bestreden het informatiepakket te hebben ontvangen, had zij kunnen weten dat mogelijk een (groter) deel van de kosten voor haar rekening zou blijven.
- 9.3. In het vergoedingsoverzicht dat aan verzoekster is gezonden wordt tevens verwezen naar eerdergenoemde maximale vergoedingslijst op de website van de ziektekostenverzekeraar. Zodoende was ook de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde bedragen per prestatie verzoekster bekend, althans had zij hier kennis van kunnen nemen. Dat de vergoeding voor de verrichtingscode L314 nog in mei 2012 is aangepast, is hierbij niet relevant, aangezien het bij deze aanpassing om een verhoging van de vergoeding ging, welke verhoging in het voordeel van de verzekerde is en in het kader waarvan door verzoekster een nabetaling is ontvangen.
- 9.4. In november 2011 was nog niet bekend of de endodontoloog van verzoekster door de ziektekostenverzekeraar zou worden gecontracteerd. Zij moest daarom aannemen dat de endodontoloog niet was gecontracteerd en dat de - om die reden reeds lagere - vergoeding voor de door deze uit te voeren verrichtingen zou worden gebaseerd op de tarieven van 2011. Indien verzoekster deze vergoeding onvoldoende vond, had zij de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2012 kunnen opzeggen dan wel een aanvraag kunnen doen voor een ruimere dekking. Verzoekster heeft echter het een noch het ander gedaan, en is zodoende gebonden aan de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden en de hierin opgenomen vergoedingsregelingen.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar is vrij bij de invulling van de voorwaarden van zijn aanvullende ziektekostenverzekering. Door het afsluiten van de verzekering heeft verzoekster zich hiermee akkoord verklaard. Het is niet onredelijk dat een beperktere vergoeding wordt verleend indien door de verzekerde wordt gebruik gemaakt van niet-gecontracteerde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft landelijk meerdere tandartsen gecontracteerd. Dat hiervan zich slechts twee in de omgeving van de woonplaats van verzoekster bevinden, doet aan het hiervoor genoemde uitgangspunt niet toe of af. Daarbij wordt in aanmerking genomen dat met de vrije tandartstarieven eerst met ingang van 1 januari 2012 bij wijze van proef is gestart en van de ziektekostenverzekeraar redelijkerwijs niet kan worden verlangd om per die datum met meer tandartsen een contract te hebben gesloten.

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, 31 oktober 2012,

Voorzitter