



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM  
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te  
Tilburg  
Zaak : Eigen risico, mondzorg, kaakchirurgie  
Zaaknummer : 201600277  
Zittingsdatum : 21 juli 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.7 en 2.17 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---



1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 
- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en  
2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,  
hierna gezamenlijk 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 CZ Zorg-op-maatpolis (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 Tandarts Collectief 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 Top Collectief is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.



3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Bij declaratieoverzicht van 4 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 259,73 ter zake van een kaakchirurgische behandeling in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico voor het jaar 2015.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 december 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 brief van 20 april 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 259,73 niet ten laste van het verplicht eigen risico van 2015 mag brengen (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 9 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 juni 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 juni 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 24 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016077368) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Blijkens de informatie die de kaakchirurg heeft verstrekt gaat het hier om door hem verleende zorg in de vorm van consultatie, diagnostiek, exploratie van het onderfront en een apexresectie. Deze zorg valt onder de te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet, zoals vastgelegd in artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering. De kosten kunnen derhalve niet worden gebracht onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 29 juni 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend kaakchirurg heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard:  
*"Bovengenoemde patiënt zag ik op verzoek van de tandarts op 17 maart 2015 op onze polikliniek. Reden van verwijzing: exploratie onderfront. Acute klachten: fistel onderfront. Tandarts ziet geen behandelmogelijkheid. Medische voorgeschiedenis: asa2; (...)"*
- 4.2. Verzoeker heeft problemen met zijn tandwortels. Röntgenfoto's van de tandarts gaven onvoldoende uitsluitsel met betrekking tot de aard van de aandoening en daarmee ook de mogelijke oplossingen. Een verwijzing naar de kaakchirurg was noodzakelijk teneinde de behandeling op de juiste manier te kunnen voortzetten. Verzoeker heeft in het verleden, na een kaakbreuk, een botreconstructie gehad. Hierna volgde een implantaatbehandeling. Volgens verzoeker had de onderhavige behandeling in het ziekenhuis betrekking op deze mondzorg en komen de kosten hiervan ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De behandelend kaakchirurg is degene die het implantaat destijds ook heeft geplaatst. De plaats waar de zorg werd verleend is niet van belang, maar de aard van de zorg en de behandeling dienen maatgevend te zijn. De behandeling in het ziekenhuis door de kaakchirurg hoorde bij het tandartsbezoek, zodat de betreffende kosten onder de aanvullende ziektekostenverzekering vallen. Verzoeker verwijst hierbij naar artikel D.8.4. van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De behandeling door een kaakchirurg valt onder medisch specialistische zorg en maakt deel uit van de zorgverzekering zodat hierop het verplicht eigen risico van toepassing is. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor kaakchirurgische zorg. Het door verzoeker aangehaalde artikel D.8.4. van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft kaakchirurgie met betrekking tot het plaatsen van implantaten. Verzoeker is door de tandarts verwezen voor exploratie van het onderfront, vanwege een aandoening van de tandwortels. De ziektekostenverzekeraar heeft een declaratie ontvangen voor *"apexresectie"*, *"röntgenonderzoek drie kaakdelen"* en *"orthopantomogram en röntgenschedelonderzoek"*. Op basis van het voorgaande kan worden geconcludeerd dat de behandeling door de kaakchirurg niet is uitgevoerd in het kader van implantologie. Derhalve komt de behandeling ten laste van de zorgverzekering en valt deze onder het verplicht eigen risico voor het jaar 2015.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.23.2 van de zorgverzekering en 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 de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 259,73 ten laste van het verplicht eigen risico voor het jaar 2015 van verzoeker mag brengen.

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 B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel A.12. van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*"Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 375,- voor een heel jaar. Als de verzekering ingaat of eindigt na 1 januari of u na 1 januari 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico van dat jaar lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7. Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 375,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg; (...)"*

8.4. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2. en B.19.3. In dit artikel komt ook mondzorg door een kaakchirurg voor. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.;(...)"*

8.5. Artikel B.14. van de zorgverzekering bepaalt verder, voor zover hier van belang:

*"Naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. omvat de zorg:*  
*a. medisch specialistische zorg: dit omvat mondzorg voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Deze mondzorg bestaat uit:*  
*- specialistische chirurgische mondzorg;*  
*- daarbij behorend röntgenonderzoek;*  
*- opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 3 x 365 dagen en tijdens de periode van opname de medisch specialistische*

*behandeling, de opname, de verpleging en de verzorging, de paramedische zorg, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen; (...)"*

- 8.6. De artikelen A.12., B.4. en B.14. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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. Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.
- 8.8. 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.

- 8.9. Artikel D.8.4. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op mondzorg en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden overige vormen van mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden, voor zover die niet als zorg is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6.. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.*

*Zorgverlener*

- Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus of andere bevoegde zorgverlener (dit kan een kaakchirurg zijn) die verbonden is aan een centrum voor mondzorg verleent de zorg;*
- Een kaakchirurg die verbonden is aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten;(...)"*

- 8.10. Artikel C.9.1. regelt de volgorde van vergoeding en luidt, voor zover hier van belang:

*"Nota's worden afgehandeld op volgorde van ontvangst door ons. Bij de vaststelling van de (hoogte van) vergoeding van nota's hanteren we een bepaalde volgorde:*

- eerst een voorliggende volksverzekering of sociale verzekering (zoals de AWBZ, Wlz of Wmo);*
- vervolgens de zorgverzekering;*
- dan een collectieve aanvullende verzekering die alleen kan worden gesloten voor de werknemers van het bedrijf dat of de instelling die de collectieve overeenkomst met ons heeft gesloten;*
- dan een algemene aanvullende verzekering; dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor meerdere, verschillende soorten zorg.*
- tot slot een specifieke aanvullende verzekering; dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soorten zorg.*

*Bijvoorbeeld voor mondzorg of voor een luxearrangement in een ziekenhuis; (...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Niet in geschil is dat voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico geldt en dat de hoogte van dit eigen risico voor het kalenderjaar 2015 een bedrag van € 375,- is. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of de behandeling door de kaakchirurg in het ziekenhuis onder medisch specialistische zorg valt, zoals die in de artikelen B.4. en B.14. van de zorgverzekering staat omschreven. In dat geval worden de kosten vergoed ten laste van de zorgverzekering en is het verplicht eigen risico hierop

van toepassing. Een behandeling door een kaakchirurg kan onder artikel D.8.4. van de aanvullende ziektekostenverzekering vallen. Dit artikel bepaalt dat overige vormen van mondzorg worden vergoed zoals tandartsen die plegen te bieden. De behandeling kan worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus of een andere bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg. Dit kan een kaakchirurg zijn. Indien de kaakchirurg is verbonden aan een ziekenhuis, zoals in de onderhavige zaak, dan wordt slechts de zorg vergoed met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

Bij verzoeker gaat het blijken de ingediende nota om apexresectie, röntgenonderzoek, orthopantogram en röntgenschedelonderzoek. De behandeling heeft derhalve geen betrekking op implantologie. Om die reden komt de commissie tot de conclusie dat de behandeling ten laste dient te komen van de zorgverzekering, hetgeen wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 24 juni 2016. Artikel C.9.1. van de ziektekostenverzekering bepaalt dat indien aanspraak bestaat op basis van de zorgverzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst. Het bedrag van € 259,73 is derhalve terecht door de ziektekostenverzekeraar met het verplicht eigen risico voor het jaar 2015 verrekend.

### **Conclusie**

9.2. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

### 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 juli 2016,

A.I.M. van Mierlo