



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Mondzorg, kaakchirurgie, hoogte vergoeding, hinderpaalcriterium

Zaaknummer : 201601911

Zittingsdatum : 8 maart 2017



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
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 kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Natura Direct (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel, 1 onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering CZdirect Basic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 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 de kosten van een behandeling bij een kaakchirurgisch centrum (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld voor deze behandeling € 2.893,70 te vergoeden.
- 
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 maart 2016 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 28 september 2016 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 zorgverzekering dan wel 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 verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 januari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 januari 2017 medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 2 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 31 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017000243) bepaald dat het in casu niet gaat om een zorginhoudelijke vraag, maar om bepalingen rond de hoogte van de vergoeding van de behandeling. Hierdoor hoeft het Zorginstituut medisch inhoudelijk geen uitspraak te doen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 7 februari 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Bij brief van 14 februari 2017 heeft verzoekster gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Een afschrift hiervan is op 14 februari 2017 naar de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is onder behandeling geweest bij een kaakchirurgisch centrum. De behandelend kaakchirurg heeft hiervoor een bedrag van € 4.882,52 berekend. De zorgaanbieder heeft, op basis van een coulanceregeling, een korting toegepast van 25 percent op het notabedrag, zodat bij verzoekster niet € 4.882,52 maar € 3.661,89 in rekening is gebracht. Verzoekster heeft de betreffende kosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, die vervolgens een vergoeding heeft toegezegd van € 2.893,70. Na aftrek van het eigen risico 2015 (€ 253,13) resteert een te vergoeden bedrag van € 2.658,57.
- 4.2. Verzoekster kan zich niet vinden in de hoogte van de vergoeding. Zij voert in dit verband aan dat het kaakchirurgisch centrum aan haar heeft medegedeeld dat zijn tarieven marktconform zijn. Uit de rechtspraak blijkt dat zorgverzekeraars, indien verzekerden gebruik maken van de diensten van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, gehouden zijn minimaal 75 percent van het marktconforme tarief te vergoeden. De reden hiervan is dat de hoogte van de vergoeding geen hinderpaal mag opleveren voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In casu heeft de ziektekostenverzekeraar slechts een vergoeding verleend van 65 percent van het marktconforme tarief, hetgeen voor verzoekster een hinderpaal vormt. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht haar een vergoeding te verlenen van € 3.661,89 (75 percent van € 4.882,52), zodat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1.003,32 (€ 3.661,89 - € 2.658,57) aan haar dient na te betalen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat een vergoeding van 65 percent van het marktconforme tarief in het geval van verzoekster geen hinderpaal oplevert. Verzoekster heeft namelijk gekozen voor een naturapolis met een extra lage vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in ruil voor een lagere premie. Daarbij heeft zij bewust gekozen voor niet-gecontracteerde zorg, terwijl gecontracteerde zorg beschikbaar was. De eigen bijdrage is in dit geval € 768,19 (€ 3.661,89 - € 2.893,70). Bij een vergoeding van 75 percent van het marktconforme tarief zou de eigen bijdrage hoger zijn geweest, namelijk € 1.543,64 (€ 4.882,52 - € 3.338,88).
- 4.4. Verzoekster stelt dat het voorgaande voor de beoordeling of een lagere vergoeding dan 75 percent van het marktconforme tarief voor niet-gecontracteerde zorg al dan niet een feitelijke hinderpaal oplevert, niet van belang is. Van belang is slechts dat de korting op de vergoeding niet dusdanig hoog mag zijn dat dit een belemmering vormt voor de toegankelijkheid van niet-gecontracteerde zorg.

Verder is verzoekster van mening dat de coulanceregeling van het kaakchirurgisch centrum niet mag worden meegenomen bij de beoordeling of sprake is van een feitelijke hinderpaal. Zij verwijst hierbij naar de brief van 12 september 2016 van de ziektekostenverzekeraar, waarin staat dat bij de beoordeling van een feitelijke hinderpaal, de kosten die niet door een zorgaanbieder bij een verzekerde in rekening worden gebracht, niet worden meegenomen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In de 'Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen' van oktober 2015 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa) invulling gegeven aan het hinderpaalcriterium: *"Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het marktconforme tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen."* De ziektekostenverzekeraar heeft hieraan invulling gegeven door het opstellen van een (interne) notitie met motivering en onderbouwing.

5.2. Een vergoeding van 75 tot 80 percent van het marktconforme tarief is een algemeen gedragen praktijknorm voor een vergoeding die geen feitelijke hinderpaal oplevert. Voor de beoordeling of bij een vergoeding van 65 percent sprake is van een feitelijke hinderpaal, is het uitgangspunt de omvang van de kosten die voor rekening van de verzekerde blijven bij niet-gecontracteerde zorg. Kosten die niet bij de verzekerde in rekening worden gebracht, die de verzekerde niet hoeft te betalen of die hem worden kwijtgescholden, worden niet meegenomen in de vaststelling of sprake is van een feitelijke hinderpaal. Een lagere vergoeding dan 75 percent van het marktconforme tarief hoeft niet direct een feitelijke hinderpaal op te leveren. Dit is afhankelijk van het werkelijke bedrag dat redelijkerwijs voor rekening van verzekerde kan blijven voor niet-gecontracteerde zorg. Hierbij weegt de ziektekostenverzekeraar mee dat verzoekster heeft gekozen voor een naturapolis met een extra lage vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in ruil voor een lagere premie. Tevens weegt mee dat zij bewust heeft gekozen voor niet-gecontracteerde zorg, terwijl gecontracteerde zorg beschikbaar was.

5.3. Het verschil tussen de werkelijke kosten van de eigen bijdrage bij een vergoeding van 65 of 75 percent van het marktconforme tarief, speelt ook een rol. In casu is een vergoeding verleend van € 2.893,70. Dit bedrag is gebaseerd op 65 percent van het marktconforme tarief van € 4.882,52. Van de vergoeding van € 2.893,70 is een bedrag van € 235,15 verrekend met het nog openstaande eigen risico 2015. De zorgaanbieder heeft echter, op basis van een coulanceregeling, een bedrag van € 3.661,89 in rekening gebracht. Dit betekent dat een bedrag van € 768,19 (€ 3.661,89 - € 2.893,70) voor rekening van verzoekster blijft. Indien de ziektekostenverzekeraar een vergoeding van 75 percent van het marktconforme tarief zou hebben verleend, was dit een bedrag geweest van € 3.338,88. In dat geval had verzoekster van de originele nota nog € 1.543,64 (€ 4.882,52 - € 3.338,88) zelf moeten betalen. Dit betekent dat een hoger bedrag voor rekening van verzoekster was gebleven, terwijl volgens de breed gedragen praktijknorm dan geen sprake zou zijn geweest van een feitelijke hinderpaal. In casu kan daarom zeker niet worden gesproken van een feitelijke hinderpaal.

5.4. 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.22. 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 verzoekster aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan het reeds toegezegde bedrag van € 2.893,70, 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 B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

 8.3. 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.;(...)"

 8.4. Artikel B.13. van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"B.13. Mondzorg tot 18 jaar

(...)

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. uit:

(...)

m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;

n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

(...)

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20"

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

"B.14. Mondzorg vanaf 18 jaar

(...)

Zorg: waar hebt u recht op?

"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;

(...)

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20"

- 8.6. Artikel A.20. van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"A.20. Tarieven

(...)

b. Verlaging van het vast wettelijk of afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een zorgovereenkomst hebben gesloten?

(...)

- U hebt dan recht op een verlaagde vergoeding. Wij vergoeden dan een bepaald percentage (deel) van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief").

- Is er geen punttarief, dan vergoeden wij een percentage van het afgesproken tarief.

- Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het afgesproken tarief, dan gaan we voor deze berekening uit van dit lagere in rekening gebrachte bedrag.

Hoe hoog het vergoedingspercentage is, kunt u vinden in de bijlage "Premies en vergoedingstarieven" of in de inleiding van uw Vergoedingen Overzicht.

c. Volledig tarief (100%) van het vaste of afgesproken tarief

Wij vergoeden dit tarief alleen als:

- u de zorg niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een zorg- of internetovereenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of

- u de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten; of

- u acute (spoed)zorg nodig hebt, die niet kan worden uitgesteld.

(...)"

- 8.7. Het Vergoedingen Overzicht bepaalt, voor zover hier van belang:

"(...)

Als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen (zorg)overeenkomst hebben, dan vergoeden wij 65% van het wettelijke of afgesproken tarief."

- 8.8. De artikelen A.20., B.4., B.13. en B.14. van de zorgverzekering en het Vergoedingen Overzicht zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.9. 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.

Artikel 13 Zvw regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.10. 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. Aangezien het hier een naturapolis betreft, heeft verzoekster aanspraak op zorg en overige diensten van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is een vergoeding mogelijk van maximaal 65 percent van het wettelijk of afgesproken tarief. Een en ander is bepaald in de tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar gesloten verzekeringsovereenkomst.
- 9.2. Het geschil spitst zich toe op de vraag of de vergoeding van 65 percent een feitelijke hinderpaal oplevert om de zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zoals bedoeld in de Memorie van toelichting bij artikel 13 Zvw. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende
- 9.3. Uit een uitspraak van de Rechtbank Zeeland - West Brabant van 14 maart 2013 (ECLI:NL:RBZWB:2013:BZ4071) kan worden opgemaakt dat een korting van 50 percent als een feitelijke hinderpaal moet worden beschouwd.
In vervolg hierop heeft het Gerechtshof 's-Hertogenbosch in zijn arrest van 9 juli 2013 (ECLI:NL:GHSHE:2013.2971) overwogen dat in het algemeen niet is te zeggen wanneer sprake is van een feitelijke hinderpaal. Bij een korting van 50 percent moet dit echter voorshands worden aangenomen, bij gebreke van meer of andere gegevens. Het hof heeft verder overwogen dat een vergoeding van 75 tot 80 percent in 2013 een breed gedragen praktijknorm was en heeft hierop een wel acceptabele vergoeding berekend. Dit oordeel van het hof is in zijn arrest van 11 juli 2014 door de Hoge Raad in stand gelaten (ECLI:NL:HR:2014.1646).
- 9.4. Verzoekster heeft zich op voornoemde jurisprudentie beroepen en stelt dat 75 percent van € 4.882,52 dient te worden vergoed, hetgeen resulteert in een na te betalen bedrag van € 1.003,32. De ziektekostenverzekeraar verwijst echter naar de 'Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen' van de NZa van 15 oktober 2015. De NZa is van oordeel dat een vergoeding van minder dan 75 percent van het marktconforme tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zal opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren waarom het tegendeel het geval is. Volgens de ziektekostenverzekeraar is in casu geen sprake van een feitelijke hinderpaal. Hij voert hierbij aan dat verzoekster heeft gekozen voor een naturapolis met een extra lage vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in ruil voor een lagere premie. Zij heeft daarnaast bewust ervoor gekozen zorg af te nemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, terwijl gecontracteerde zorg beschikbaar was. De zorgaanbieder heeft bij verzoekster een bedrag van € 3.661,89 in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan € 2.893,70 vergoed, zodat een bedrag van € 768,19 voor rekening van verzoekster blijft. Indien de zorgaanbieder de korting niet zou hebben toegepast op de originele nota, en de ziektekostenverzekeraar een vergoeding zou hebben verleend op basis van 75 percent van het marktconforme tarief, dan zou de eigen bijdrage € 1.543,64 zijn geweest. Dit betekent, aldus de ziektekostenverzekeraar, dat een hoger bedrag voor rekening van verzoekster was gebleven, terwijl dan geen sprake zou zijn geweest van een feitelijke hinderpaal.
- 9.5. Waar het om gaat is of sprake is van een feitelijke hinderpaal. Hierbij kan in de eerste plaats worden gekeken naar de hoogte van de restitutiekorting in percenten. Bij een dergelijke beoordeling mag echter niet worden voorbijgegaan aan het nominale effect. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, is dit nominale effect - het bedrag in euro's dat voor rekening van verzoekster blijft - bij een restitutiekorting van 35 percent op de werkelijke in rekening gebrachte kosten veel kleiner dan een korting van 25 percent op het 'marktconforme bedrag', zoals voorgestaan door verzoekster. De verwijzing naar de brief van 12 september 2016 kan verzoekster in dit verband niet baten. In de brief wordt gesteld: *"Voor de vaststelling of bij een vergoeding van 65% sprake is van een feitelijke hinderpaal is het uitgangspunt de omvang van de kosten die de verzekerde zelf moet dragen voor niet-gecontracteerde zorg"*. Gelet op het vorenoverwogene gaat het hierbij om € 768,19 in plaats van € 1.543,64. Bovendien mag niet uit het oog worden verloren dat het bedrag van € 4.882,52 niet door verzoekster hoeft te worden betaald. Het zogenoemde indemniteitsbeginsel verzet zich ertegen

 dat een hogere vergoeding wordt verleend dan het daadwerkelijke schadebedrag, zodat genoemd bedrag nimmer als basis kan dienen voor de berekening van de restitutiekorting.

-  9.6. Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde publicatie van de NZa merkt de commissie op dat deze dateert uit oktober 2015, derhalve nadat de behandeling was uitgevoerd. Op bladzijde 7 van het stuk wordt evenwel aangetekend dat het gaat om de standpunten die bij de beoordeling van modelovereenkomsten en reglementen tot en met 2014 zijn gehanteerd. Voorts is vermeld dat de zorgverzekeraar aan deze standpunten geen rechten kan ontleen. De commissie laat de publicatie van de NZa daarom buiten beschouwing. Wel volgt zij de ziektekostenverzekeraar in zijn verdere argumentatie.
- 

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor kaakchirurgie, zodat op basis van die verzekering geen (aanvullende) vergoeding kan worden verleend.

Conclusie

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

-  10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 22 maart 2017,

 A.I.M. van Mierlo











