



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Mondzorg, steg tussen twee implantaten, omvorming onderprothese, doelmatigheid  
Zaaknummer : 201701510  
Zittingsdatum : 21 maart 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (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 VGZ Aanvullend Best 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 het aanbrengen van een steg tussen twee implantaten en de hiermee verband houdende omvorming van de bestaande prothese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 februari 2017 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 14 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoekster alsnog op te roepen op het spreekuur van zijn adviserend tandarts. Verzoekster heeft evenwel geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

3.4. Bij brief van 30 oktober 2017 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 30 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 februari 2018 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 februari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 februari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 6 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 6 maart 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018006760) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Volgens het Zorginstituut is het vanuit zorginhoudelijke invalshoek aannemelijk dat verzoekster nader moest worden onderzocht op het spreekuur van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar, zodat kon worden beoordeeld of de door behandelend tandarts gestelde indicatie de juiste indicatie was en zo niet, of verzoekster was aangewezen op een andere behandeling. Nader onderzoek is nu niet meer mogelijk, omdat de behandeling reeds heeft plaatsgevonden. Uit het dossier kan niet worden opgemaakt of de destijds gestelde indicatie de juiste was. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 7 maart 2018 aan partijen gezonden.
-  3.10. Bij brief van 13 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 15 maart 2018 aan verzoekster gestuurd.
-  3.11. Verzoekster is op 21 maart 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.12. Bij brieven van 23 maart 2018 en 12 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brieven van 3 en 17 april 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster is edentaat en heeft in de onderkaak al een aantal jaren een volledige prothese op implantaten die zijn voorzien van drukknoppen. De behandelend tandarts heeft op 26 januari 2017 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van een steg tussen twee implantaten (prestatiecode J42) en de omvorming van de bestaande onderprothese (prestatiecode J54).
-  4.2. In het verzoek om heroverweging van 21 februari 2017 heeft de behandelend tandarts de ziektekostenverzekeraar gevraagd verzoekster op te roepen op het spreekuur van de adviserend tandarts, waarbij deze laatste met een alternatief behandelvoorstel dient te komen voor de pijnklachten van verzoekster ter plaatse van het foramen.
-  4.3. Verzoekster benadrukt dat de behandeling noodzakelijk is.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster toegelicht hoe een en ander is verlopen. Zij is in 2007 door haar huistandarts naar de behandelend tandarts verwezen voor het aanbrengen van implantaten in de bovenkaak. Zij was partieel tandeloos en had retentieproblemen. Er was sprake van een slecht onderfront, daarom zijn op 12 januari 2008 de resterende elementen verwijderd. In mei 2009 zijn twee implantaten in de onderkaak geplaatst op lokators van 1 mm hoog, hetgeen erg laag is. In september 2009 is de bovenkaak behandeld. Verzoekster was hiermee geholpen. Op 24 januari 2013 heeft een rebase van de onder- en bovenprothese plaatsgevonden. Zij had daarna nog steeds retentieproblemen met de bovenkaak, maar het was wel wat verbeterd. Op 2 augustus 2013 zijn de lokatorabutments onder vervangen (na vier en een half jaar, terwijl vijf jaar de normale termijn hiervoor is). De nieuwe waren ook 1 mm hoog. Het eerste contact daarna was op 27 mei 2015. Verzoekster had toen een andere prothese, op een andere hoogte van de lokators, die zij niet kon dragen. Deze prothese was via een kennis gemaakt door een tandprotheticus. In diens aanvraag staat *“lokators versleten en te hoog”*. In 2015 zijn deze lokators door de behandelend tandarts vervangen door lokators van 1 mm hoog. De aanvraag hiervoor is door de ziektekostenverzekeraar niet geaccordeerd en daarom heeft de behandelend tandarts de kosten hiervan voor zijn rekening genomen. De aanvraag voor de behandeling van de bovenkaak is eerst door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, maar uiteindelijk toch goedgekeurd. Als implantaten worden geplaatst in de bovenkaak, dan worden internationaal vier implantaten in de onderkaak geplaatst. In Nederland zijn dit er maar twee (in verband met de kosten). Nu de bovenkaak sterk is, heeft verzoekster last gekregen van de onderkaak. Vandaar de aangevraagde behandeling. Op de oude lokators zal een nieuwe onderprothese worden geplaatst. Op 14 mei 2017 is verzoekster verwezen naar prof. dr. M.S. Cune (een deskundige op dit gebied). Hij onderschrijft de voorgestelde behandeling. In december 2016 was niet te voorzien dat de aanpassing van de situatie in de bovenkaak zou leiden tot problemen met de onderkaak. Iedere patiënt is anders. Pas na de wijziging bleek het niet goed te gaan, doordat te veel druk op de nervus kwam. Daarom is de aanpassing van de onderkaak voorgesteld. De onderprothese hoeft niet te worden vervangen, maar wordt omgevormd.
- 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. Ingevolge artikel 33 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een gebitsprothese op implantaten en op een steg of drukknoppen (mesostructuur). In dit artikel is tevens bepaald dat hiervoor voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist.
- 5.2. In 2009 zijn bij verzoekster implantaten geplaatst in de onderkaak die zijn voorzien van drukknoppen ten behoeve van een volledige gebitsprothese. Deze prothese is in 2013 en opnieuw in 2015 vervangen. In december 2016 is wederom een nieuwe onderprothese vervaardigd ten behoeve van verzoekster, omdat toen een volledige prothese op implantaten in de bovenkaak werd geplaatst. Dit betreft derhalve drie prothesen in ruim zeven jaar tijd. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat de normale vervangingstermijn voor een klikgebit en drukknoppen vijf jaar is. Daarnaast zijn in 2009, 2013, 2014 en 2015 locators (mesostructuur, verrichting J40) in de onderkaak geplaatst. Door de nieuwe situatie van de bovenkaak in december 2016 ging de situatie van de onderkaak problemen en pijnklachten geven. De behandelend tandarts heeft aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat een steg met extensies de druk zal verminderen ten opzichte van de situatie op drukknoppen. Het kliksysteem moest daarom volgens de behandelend tandarts worden vervangen en daarmee ook de prothese van slechts zes weken oud. De vervanging is dus niet op basis van slijtage, maar enkel om de gewijzigde situatie van de bovenkaak te ondervangen. De ziektekostenverzekeraar acht dit niet doelmatig. Er is geen sprake van verantwoorde, zinnige zorg.
- 5.3. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster opgeroepen voor het spreekuur van de adviserend tandarts

op 3 oktober 2017. Op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen is dit spreekuurbezoek vervroegd naar 22 september 2017, omdat de aangevraagde behandeling op 29 september 2017 zou worden uitgevoerd. Verzoekster is evenwel niet op het spreekuur geweest. De adviserend tandarts heeft de situatie van verzoekster dus niet voorafgaand kunnen beoordelen. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat de aangevraagde behandeling - zoals gepland - in september 2017 is uitgevoerd.

Uit de ter declaratie ingediende nota's blijkt dat verzoekster op 17 juli 2017 het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) van het St. Antonius Ziekenhuis heeft bezocht. De ziektekostenverzekeraar weet niet om welke reden dit bezoek heeft plaatsgevonden en wat de bevindingen aldaar waren. De ziektekostenverzekeraar heeft hierna geen aanvraag voor een behandeling door het CBT ontvangen.

5.4. Bij brief van 13 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar dat de behandelend tandarts heeft gesteld dat verzoekster de gebitsprothesen na de vervanging in 2014 niet heeft gedragen omdat de toen geplaatste lokators te hoog zouden zijn, aangezien de tandarts in 2014 juist meldt dat de in 2009 geplaatste lokators moeten worden vervangen omdat deze te hoog zijn. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de behandelend tandarts in 2015 nieuwe lokators heeft geplaatst en bij zijn latere aanvraag niet heeft vermeld dat de in 2014 geplaatste lokators te hoog waren. De ziektekostenverzekeraar heeft de brief van het CBT van 17 juli 2017 overgelegd. In deze brief verklaart prof. dr. M.S. Cune dat hij verzoekster op verzoek van de behandelend tandarts heeft gezien. Hij stelt: *"Ik denk dat gezien het huidige krachtenspel, 2 locators in de onderkaak tegenover de sterke bovenkaak met 2 staven, er een disbalans bestaat. De dorsale gebieden zijn bovendien nu niet te ontlasten. Derhalve mijn advies om ook in de onderkaak een staafconstructie te vervaardigen, met extensies. Mogelijk dat de nieuwe onderprothese daarvoor kan worden gebruikt / omgebouwd. Ten aanzien van de bevindingen op het OPT zal mevrouw met haar huisarts contact opnemen."*

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanvraag door meerdere adviserend tandartsen is beoordeeld. Op de website is vermeld welke informatie bij de aanvraag moet worden overgelegd. Ook bij vervanging binnen vijf jaar geldt dat kleurenfoto's en de motivering moeten worden aangeleverd. Op 26 januari 2017 zijn de aanvraag en de begroting ontvangen, echter zonder motivering. Daarom is de behandelend tandarts om een toelichting gevraagd. Het antwoord hierop was dat het geen slijtage betrof, maar dat sprake was van pijnklachten als gevolg van een implantaatgedragen bovenprothese. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat een plan anders kan uitpakken waardoor andere klachten ontstaan. Het was in deze situatie echter te verwachten dat er klachten zouden ontstaan, omdat de omstandigheden in de bovenkaak werden veranderd. Dit wordt ook bevestigd door de brief van het CBT. Dit is het punt van de doelmatigheid. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoekster is uitgenodigd voor het spreekuur van zijn adviserend tandarts en dat dit spreekuur had kunnen plaatsvinden voorafgaand aan de behandeling. Verzoekster heeft er evenwel voor gekozen niet naar het spreekuur te komen. Hierdoor heeft de ziektekostenverzekeraar niet de kans gehad te kijken of een andere, minder dure behandeling was aangewezen. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat een en ander eerst tijdens de onderhavige procedure door verzoekster is toegelicht, maar dus niet bij de aanvraag.

5.6. 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 verzoekster aanspraak heeft op het aanbrengen van een steg tussen twee implantaten en de hiermee verband houdende omvorming van de bestaande prothese, 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 restitutiepólis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“Omschrijving**

*Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten. Tot een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheeskundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de mesostructuur).*

(...)

**Toestemming**

1. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:

a. als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:

- € 675 voor een boven- of onderkaak;

- € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen;

b. als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen;

2. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor:

a. een gebitsprothese op implantaten;

b. het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten;

c. een steg of drukknoyen (mesostructuur).

*De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.”*

8.4. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in de polisvoorwaarden indien de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de zorgvorm en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is.

8.5. De artikelen 1.2 en 33 van de zorgverzekering zijn 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).

8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepólis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapólis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepólissen en naturapólissen bestaan er combinatiepólissen, waarbij de invulling van

de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en nader uitgewerkt in 2.31 Rzv. Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.7. 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.

- 8.8. Artikel 56 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft gebitsprothesen en luidt, voor zover hier van belang:

**"Omschrijving**

*Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.*

**Vergoeding**

*volledig"*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Ten behoeve van verzoekster is op 26 januari 2017 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een steg tussen twee implantaten en de omvorming van de bestaande prothese. Op grond van artikel 33 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van een volledige prothese en de bijbehorende mesostructuur. Onder het kopje 'Toestemming' van dit artikel is bepaald dat voorafgaande toestemming is vereist voor het aanbrengen van een steg of drukknoppen. Voorts is in artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg die doelmatig is.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat op 15 december 2016 de onderprothese van verzoekster is vervangen en dat het daarom niet doelmatig is deze eind januari 2017 weer te vervangen. De commissie maakt uit het dossier op dat het niet gaat om vervanging van de onderprothese, maar om een aanpassing van de op 15 december 2016 vervaardigde en geplaatste prothese. Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde overzicht blijkt dat de kosten van de onderprothese die op 15 december 2016 is vervaardigd en geplaatst, volledig zijn vergoed.

- 9.3. Verzoekster heeft pas ter zitting onderbouwd waarom zij is aangewezen op de aangevraagde steg tussen twee implantaten en de omvorming van de bestaande onderprothese. Uit het verzoek om heroverweging is op te maken dat sprake is van pijnklachten en dat de verwachting is dat deze zullen verdwijnen of verminderen door het aanbrengen van een steg met extensies, waardoor de druk beter wordt verdeeld. Deze wijze van behandeling vindt bevestiging in de beoordeling door prof. dr. M.S. Cune. Verzoekster of de behandelend tandarts heeft evenwel niet toegelicht waarom

in december 2016 een onderprothese op drukknoppen is geplaatst in plaats van de effecten van de eveneens in december 2016 uitgevoerde prothetische behandeling na implantologie van de bovenkaak af te wachten.

- 9.4. De commissie is, mede gezien het definitieve advies van het Zorginstituut, van oordeel dat gelet op het feit dat binnen het tijdsbestek van twee maanden opnieuw een behandeling van de onderkaak en omvorming van de prothese nodig was, geen sprake is van doelmatige zorg. Het tegendeel had eventueel kunnen blijken bij een spreekuurbezoek van de adviserend tandarts, waarvoor verzoekster door de ziektekostenverzekeraar werd uitgenodigd. Verzoekster is niet naar dat spreekuur gegaan. Aangezien vervolgens op 27 september 2017 de geplande behandeling is uitgevoerd, is de oorspronkelijke situatie van de onderkaak thans niet meer te bestuderen. Het risico ter zake ligt bij verzoekster.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op volledige vergoeding van de eigen bijdrage voor een uitneembare volledige prothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering. Aangezien hiervan in de onderhavige situatie geen sprake is, heeft verzoekster geen aanspraak op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### **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, 9 mei 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester