



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, facings, agenesie
Zaaknummer : 201601689
Zittingsdatum : 22 februari 2017

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 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

IZA 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 IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg 2 en IZA Extra Tand 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 vier facings (hierna: de aanspraak). Zij was op het moment van de aanvraag minderjarig. Bij brief van 17 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen voor zover het de zorgverzekering betreft. Voor een eventuele vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt verzoekster verwezen naar de polisvoorwaarden.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 juli 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 8 oktober 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 een hogere vergoeding toe te kennen 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 verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 januari 2017 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 3 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 25 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017000457) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het ontbreken van twee kleine snijtanden geen indicatie is voor bijzondere tandheelkunde. Voor zover het de aanspraak van minderjarige verzekerden op tandvervangende hulp van niet-aangelegde blijvende snijtanden met plastische materialen betreft, bestaat evenmin aanspraak op vergoeding. In casu zijn weliswaar twee blijvende snijtanden niet aangelegd, maar de aangevraagde facings dienen niet ter vervanging van deze elementen maar ter aanpassing van twee wél aangelegde elementen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 januari 2017 aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Verzoekster is vóór het uitbrengen van het bindend advies 18 jaar geworden. Daarom heeft de commissie op 24 februari 2017 aan verzoekster een machtigingsformulier gezonden, met het verzoek deze te ondertekenen en aan de commissie te retourneren. Het ingevulde en ondertekende machtigingsformulier is op 27 februari 2017 door de commissie ontvangen.
-  3.11. Bij brief van 24 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 7 maart 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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. De behandelend tandarts heeft op 22 april 2016 ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor het aanbrengen van vier facings. De tandarts heeft verklaard dat bij verzoekster sprake is van een ontwikkelingsstoornis, te weten agenesie van de elementen 12 en 22, waardoor voornoemde behandeling is geïndiceerd.
-  4.2. Verzoekster benadrukt dat het bij haar gaat om een aangeboren afwijking, waardoor vier snijtanden niet zijn aangelegd. Door de ondergane orthodontische behandeling zijn de hoektanden van verzoekster (zowel boven als onder) op de plaats van de snijtanden gekomen. Hoektanden zijn echter anders van vorm en donkerder van kleur dan snijtanden. Dit geldt ook voor de tanden naast de nieuwe voortanden. Om de hoektanden de juiste vorm te geven, is behandeling met composiet een optie. Dit is inmiddels door de tandarts toegepast als tijdelijke oplossing. Composiet is echter zeer kwetsbaar. In het afgelopen jaar is meermaals een stukje van het composiet afgebroken. Dit is derhalve geen structurele oplossing. Daarnaast kan composiet de kleur van de nieuwe voortanden niet veranderen. De tanden kunnen evenmin in de juiste vorm worden gevild, omdat de tanden van verzoekster hiervoor niet groot genoeg zijn. Facings vormen daarentegen wél een goede oplossing, zowel voor de vorm als de kleur van de tanden.

- 4.3. Verzoekster onderschrijft dat geen sprake is van vervanging van niet-aangelegde elementen. De kosten van de aangevraagde facings komen echter wél voort uit het niet-aangelegd zijn van de betreffende tanden.
- 4.4. Het aanbrengen van de facings is het sluitstuk van een bijna zesjarig orthodontietraject. Als verzoekster had geweten dat deze kosten niet worden vergoed, was destijds mogelijk gekozen voor een andere behandeling, waarbij kronen en bruggen zouden worden geplaatst. De zus van verzoekster had hetzelfde probleem als verzoekster; bij haar zijn de facings wél vergoed. Het is daarom logisch dat de orthodontist heeft gekozen voor dezelfde behandeling, mede omdat de behandeling van de zus succesvol was.
- 4.5. Als blijkt dat de zorgverzekering inderdaad geen aanspraak biedt op vergoeding van de kosten van de facings, dan is het logisch dat deze kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed. Verzoekster heeft op grond van deze verzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. Echter, voor deze specifieke tandheelkundige kosten geldt voor verzekerden tot achttien jaar een maximale vergoeding van € 150,- per kalenderjaar. Dit verschil is erg groot. Verzoekster vindt dit niet reëel.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij vier tanden miste; twee in de bovenkaak en twee in de onderkaak. Het geschil betreft alleen de bovenkaak. Na de orthodontische behandeling zijn vier facings nodig.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat voor de behandeling van de zus destijds € 204,96 is vergoed. De nota bedroeg toen € 1.163,53, en dit betrof twee facings. In het onderhavige geval zijn de kosten ruim € 2.000,- voor vier facings.
De moeder van verzoekster heeft destijds gekozen voor een aanvullende ziektekostenverzekering met een hoge dekking voor tandheelkundige zorg. Zij ging hierbij ervan uit dat haar toen minderjarige dochter dezelfde dekking zou hebben als zij. Echter, de aanvullende ziektekostenverzekering biedt voor verzekerden tot 18 jaar een veel lagere dekking, namelijk slechts dekking tot € 150,- per jaar.
Het aanbrengen van composiet is geen oplossing. Dit materiaal breekt af en verkleurt. Volgens verzoekster waren de regels bij aanvang van de orthodontische behandeling zes jaar geleden anders. Er is indertijd voor deze weg gekozen omdat de behandeling van de zus tot een goed resultaat had geleid en de kosten hiervan door de ziektekostenverzekeraar werden vergoed. Daarnaar gevraagd bevestigd verzoekster dat zij binnenkort 18 jaar wordt. Zij moet dan zelf een verzekering kiezen. De verzekering is dit jaar gewijzigd voor de ouders, omdat het geen zin had € 30,- per maand uit te geven voor een aanvullende ziektekostenverzekering met beperkte dekking.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat voor verzekerden jonger dan 18 jaar aanspraak op kronen op voorwaarde dat deze één of meerdere blijvende snij- of hoektanden vervangen, die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken. Een facing is aan te merken als kroon, omdat deze in feite als een gedeelte van een kroon kan worden gezien.
- 5.2. Bij verzoekster zijn tweefrontelementen niet aangelegd. Door de orthodontische behandeling zijn de hoektanden verschoven naar de positie van de snijtanden. Hierdoor zijn thans geen openingen meer in het gebit, en is een behandeling met kronen en/of bruggen niet nodig. De aangevraagde facings dienen om de afwijkende vorm en kleur van de hoektanden te corrigeren en dus niet om een ontbrekend element te vervangen. Daarom bestaat geen aanspraak op de aangevraagde facings. Daarnaast is composiet, conform de stand van de wetenschap en praktijk, het aangewezen middel om de vorm en kleur van hoektanden aan te passen.

- 5.3. De tandheelkundig adviseur heeft het dossier beoordeeld. In zijn advies van 9 augustus 2016 schrijft hij: *"Zover ik dit kan beoordelen (documentum is niet te openen) Zijn er geen 4 maar 2 elementen afwezig. (de 12 en de 22) De hoektanden zijn orthodontisch opgeschoven op de plaats van de 12 en 22. Om de vorm en kleur van de hoektanden aan te passen is naar [de] stand van wetenschap en de praktijk composiet het aangewezen middel. Facings vallen onder de kronen omdat [je] het eigenlijk als een gedeeltelijke (het frontgedeelte) van een kroon kunt zien. In de wettelijke aanspraken gaat het over kroon en brugwerk wat nodig is om een niet aangelegde tand te vervangen. In dit geval is dat niet nodig omdat er geen sprake is van vervanging door bijvoorbeeld een brug of een implantaat met een kroon. Kronen voor bijvoorbeeld frontelementen die beschadig[d] zijn of afgebroken zijn ook geen aanspraak uit de basisverzekering voor de jeugd. Maar de facings mogen natuurlijk wel uit de aanvullende verzekering worden betaald."*
- 5.4. Op grond van artikel 63 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat voor verzekerden tot 18 jaar aanspraak op een vergoeding van maximaal € 150,-- per kalenderjaar voor tandheelkundige zorg die niet onder de zorgverzekering valt. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat op grond van artikel 69 van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een vergoeding van 100 percent van de kosten van tandheelkundige zorg tot maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar.
- 5.5. Daarnaar gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 30 december 2016 aan de commissie medegedeeld dat hij niet beschikt over een aanvraag voor de orthodontische behandeling van verzoekster. De kosten van deze behandeling zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.6. In reactie op de stelling van verzoekster betreffende de behandeling van haar zus, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de nota van 14 juli 2010 voor facings ten bedrage van € 204,96 aan verzoekster is vergoed. Deze vergoeding heeft plaatsgevonden conform de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering die de zus van verzoekster in 2010 had.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de kwestie is voorgelegd aan de tandheelkundig adviseur. Deze heeft geconcludeerd dat geen aanspraak bestaat op de facings ten laste van de zorgverzekering. Dit is bevestigd door het Zorginstituut.
- 5.8. 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde behandeling alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel een hogere vergoeding toe te kennen ten laste van 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van zowel gecontracteerde zorg als 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 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“30.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Als u jonger bent dan 18 jaar, hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

- 1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op vergoeding van de kosten van dit onderzoek;*
- 2. incidenteel consult;*
- 3. tandsteen verwijderen;*
- 4. fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit; 2 keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op vergoeding van de kosten van deze behandeling;*
- 5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);*
- 6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);*
- 7. verdoving (anesthesie);*
- 8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);*
- 9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);*
- 10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);*
- 11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);*
- 12. kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken;*
- 13. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van implantaten voor de zorg omschreven onder omschrijving, punt 12;*
- 14. röntgenonderzoek. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontie.*

(...)

30.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- 1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt. U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;*
- 2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
- 3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.*

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is.

(...)"

- 8.4. Artikel 30 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 (vergoeding van de kosten van) de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv.
- 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.
- 8.7. Artikel 63 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot achttien jaar en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, die niet wordt vergoed vanuit de zorgverzekering.

Vergoeding

Maximaal € 150 per kalenderjaar

(...)"

- 8.8. Artikel 69 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op volledige vergoeding van tandheelkundige zorg tot maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar voor verzekerden vanaf achttien jaar.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op artikel 30.1 van de zorgverzekering bestaat voor verzekerden tot 18 jaar aanspraak op kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken. Verzoekster was ten tijde van de aanvraag 17 jaar oud en bij haar waren twee frontelementen in de bovenkaak niet aangelegd. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat bij verzoekster, na afronding van de orthodontische behandeling, geen sprake meer is van ontbrekende elementen en voorts dat de aangevraagde facings niet dienen ter vervanging van ontbrekende elementen, maar om de afwijkende vorm en kleur van de hoektanden te corrigeren. Om die reden bestaat geen aanspraak in het kader van artikel 30.1 van de zorgverzekering, hetgeen door het Zorginstituut in zijn advies van 25 januari 2017 wordt onderschreven.
- 9.2. Daarnaast bestaat op grond van artikel 30.2 van de zorgverzekering aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet had voorgedaan. Gelet op de

Memorie van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan eerder genoemde polisbepaling, dient hierbij met name te worden gedacht aan schisispatiënten, oligodontiepatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.

- 9.3. Bij verzoekster ontbreken in de bovenkaak twee frontelementen. De diastemen zijn evenwel, zoals vermeld in 9.1, gesloten door de orthodontische behandeling. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 25 januari 2017 gesteld dat het ontbreken van twee kleine snijtanden geen indicatie is voor bijzondere tandheelkunde. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat verzoekster noch op grond van artikel 30.1 noch op basis van artikel 30.2 van de zorgverzekering voor de aangevraagde behandeling in aanmerking komt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Op grond van artikel 63 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar tot maximaal € 150,-- per kalenderjaar. Verzekerden van 18 jaar en ouder hebben ter zake op grond van artikel 69 van deze verzekering aanspraak op een vergoeding tot maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar. Verzoekster was ten tijde van de aanvraag 17 jaar oud. Daarom had zij aanspraak op een vergoeding tot maximaal € 150,-- per kalenderjaar voor de kosten van tandheelkundige zorg. Indien de facings worden geplaatst ná het bereiken van de 18-jarige leeftijd, heeft zij - als zij dezelfde aanvullende ziektekostenverzekering heeft als genoemd in 2.1 - aanspraak op een vergoeding tot maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar voor tandheelkundige zorg.
- 9.5. Hetgeen door verzoekster overigens is aangevoerd, met name ten aanzien van de kwetsbaarheid van composiet, de mogelijk anders gemaakte afweging met betrekking tot de behandeling, en de vergoeding die in het geval van haar zus wel is verleend, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

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, 22 maart 2017,

A.I.M. van Mierlo