



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten, ernstig geslonken tandeloze kaak,
slikprobleem

Zaaknummer : 201700087

Zittingsdatum : 10 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten,
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 grond van de Vrije Keuze Basisverzekering (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 Vrije Keuze Topfit 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het aanbrengen van zes implantaten in de bovenkaak ten behoeve van een overkappingsprothese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 10 januari 2017 heeft verzoeker 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 april 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 29 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 7 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 201700087) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen indicatie aanwezig is voor bijzondere tandheelkundige hulp, meer in het bijzonder dat geen sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 april 2017 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van die geboden gelegenheid is door hem geen gebruik gemaakt.
- 3.9. Verzoeker is op 10 mei 2017 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 16 mei 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 18 mei 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft van jongs af aan last van slikproblemen, met name bij het drinken van vloeistoffen. Hij verslikt zich regelmatig, en menig keer is bij hem de Heimlich greep toegepast. Ruim 35 jaar heeft verzoeker in zijn bovenkaak diverse bruggen en kronen gehad. In 2015 ondervond hij last van de bruggen en is hij onderzocht door twee tandartsen en in een instituut dat gespecialiseerd is in het aanbrengen van implantaten. In eerste instantie is overwogen een combinatie te maken van implantaten, bruggen en kronen met gezonde tanden, zoals deze in het verleden in de onderkaak is gerealiseerd. Een dergelijke oplossing bleek voor de bovenkaak echter onvoldoende stevig en daardoor niet bestendig voor de toekomst. Op advies van de bezochte specialisten zijn in oktober en december 2015 alle elementen van de bovenkaak getrokken en is tijdelijk een gebitsprothese geplaatst. Verzoeker draagt thans een goed passende prothese. Hiermee heeft hij echter geen enkel gevoel in het verhemelte waardoor het slikken wordt bemoeilijkt. Sinds hij deze prothese draagt, verslikt hij zich dan ook vaker. Het advies van de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar een goed passend gebit te laten aanmeten kan verzoeker dan ook niet plaatsen.
- Verzoeker stelt verder dat op het moment van het trekken van de elementen in de bovenkaak gold dat pas na één jaar een aanvraag kon worden ingediend voor het aanbrengen van implantaten. In maart 2016 zijn de voorwaarden echter gewijzigd. De aanwezigheid van een slikprobleem blijkt niet langer een indicatie te zijn voor het aanbrengen van implantaten ten behoeve van een overkappingsprothese. Volgens verzoeker is dit echter de enige oplossing om zijn slikprobleem te verminderen.
- In mei 2016 is ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van zes implantaten in de bovenkaak. Verzoeker meent dat het voor de hand ligt een overgangstermijn in acht te nemen, omdat het traject om te komen tot het aanbrengen van implantaten één jaar kan duren en zijn beslissing tot het trekken van de elementen ruim vóór de wijziging is genomen. Was hij van te voren op de hoogte geweest van deze wijziging, dan had hij een andere oplossing kunnen zoeken.

Met een klikgebit kan het slikprobleem worden opgelost. Hiervoor dienen minimaal vier implantaten te worden aangebracht. Verzoeker heeft voorgesteld 25 percent van de kosten voor zijn rekening te nemen. Zijn financiële situatie is niet toereikend om alle kosten zelf te voldoen. Hij merkt nog op dat hij minder is gaan eten en drinken om verslikken te voorkomen, hetgeen heeft geleid tot gewichtsverlies.

4.2. Op 13 juli 2016 is verzoeker op het spreekuur geweest van de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft dit bezoek als onprettig ervaren. Hem werd allereerst medegedeeld dat de aanvraag onvolledig was en de informatie te beperkt. Ook is verzoeker gewezen op de nieuwe richtlijnen van het Zorginstituut. Hierna heeft de tandheelkundig adviseur opgesomd wat de nadelen zijn van het aanbrengen van implantaten. Er heeft geen onderzoek naar het gebit en de tijdelijke gebitsprothese plaatsgevonden. Tot slot is door de tandheelkundig adviseur de suggestie gedaan een psycholoog of psychiater te bezoeken waarna het spreekuurbezoek is beëindigd. Verzoeker heeft nadien de ziektekostenverzekeraar verzocht om een kopie van het verslag van de tandheelkundig adviseur. Dit verslag is bij brief van 10 november 2016 aan verzoeker gestuurd.

4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en ter aanvulling benadrukt dat het slikprobleem met de huidige gebitsprothese wordt verergerd. Verder is hij van mening dat de ziektekostenverzekeraar in zijn situatie een overgangsregeling in acht had moeten nemen.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat indien wordt voldaan aan de voorwaarden zoals opgenomen in artikel 18 lid 6 van de zorgverzekering. Op 1 maart 2016 heeft het Zorginstituut Nederland een nieuwe richtlijn voor de aanspraak op implantaatgedragen prothesen vastgesteld. Hierin is onder meer opgenomen dat aanspraak op bijzondere tandheelkunde voor volwassenen ten laste van de zorgverzekering bestaat indien een (verzekerings)indicatie aanwezig is. Dit is het geval als:

- sprake is van een ernstige, verworven aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, in de vorm van een zeer ernstig geslonken, tandeloze kaak, en
- door deze ernstige kaakresorptie geen tandheelkundige functie kan worden behouden, gelijkwaardig aan die van iemand in vergelijkbare omstandigheden, maar zonder deze aandoening (maatmanbeginsel).

5.2. De ziektekostenverzekeraar ontving de ten behoeve van verzoeker ingediende aanvraag en begroting op 19 mei 2016. Daarom is bij de beoordeling van deze aanvraag uitgegaan van voornoemde richtlijn.

5.3. Verzoeker is nadien op het spreekuur van de destijds bij de ziektekostenverzekeraar werkzame tandheelkundig adviseur geweest. Deze heeft op 18 juli 2016 het volgende verklaard: "*Cliënt gezien in mijn praktijk op 13 juli. Uit de anamnese [volgt] dat cliënt sinds 1 jaar edentat is en de immmediaat nog niet vervangen is maar wel in februari gerebased. Cliënt heeft last van de verhemelte plaat. Cliënt geeft aan dat er met de prothese een ernstig slikprobleem is en dat smaak beïnvloed is. Inspectie toont: edentate Bk, geen atrofie, kies niet te zien. Onderkaak betand aangevuld met brug op implantaten. [Cliënt] rookt. Mijn advies: gezien de slikproblematiek, die overigens niet vermeld is op de aanvraag, is nader onderzoek door specialist gewenst (met verslag). Er is geen indicatie voor implantaten op dit moment, wel voor een goede prothese.*"

De tandheelkundig adviseur concludeert, onder verwijzing naar de richtlijn van het Zorginstituut, dat bij verzoeker op dit moment geen indicatie bestaat voor het aanbrengen van implantaten. De behandelend tandarts wordt geadviseerd eerst een goede prothese te vervaardigen.

5.4. Naar aanleiding van de brief van de commissie van 9 februari 2017 is het dossier voorgelegd aan de thans bij de ziektekostenverzekeraar werkzame tandheelkundig adviseur. Het bevreedt hem

dat in de aanvraag geen melding wordt gemaakt van de bestaande slikproblemen bij verzoeker. De behandelend tandarts heeft ter motivering slechts vermeld dat de retentie achteruit gaat en dat een geringe kipretentie bestaat. Tijdens het spreekuurbezoek heeft de destijds werkzame tandheelkundig adviseur vastgesteld dat bij verzoeker sprake is van een niet ernstig gesloten kaak, én van een eerste immediaatprothese. Deze prothese is niet vervangen door een definitieve prothese. De huidige tandheelkundig adviseur adviseert verzoeker met de behandelend tandarts te bespreken of behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde wellicht een optie is voor zijn klachten.

- 5.5. Het is begrijpelijk dat de voorkeur van verzoeker, gezien zijn slikproblemen, uitgaat naar het aanbrengen van implantaten ten behoeve van een overkappingsprothese. Slikproblemen vormen echter geen indicatie voor vergoeding hiervan. Voorts blijkt uit de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens niet dat bij verzoeker sprake is van een zeer ernstig gesloten tadeloze kaak. Derhalve bestaat geen (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat de aanvraag niet is afgewezen op grond van de doelmatigheid van de zorg. Voorts benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat hij de klachten van verzoeker niet onderschat. Het is de ziektekostenverzekeraar echter niet toegestaan dekking te bieden buiten de voorwaarden van de zorgverzekering om. De ziektekostenverzekeraar verklaart niet te kunnen ingaan op het voorstel van verzoeker, inhoudende een vergoeding op basis van 75 percent van de kosten.

- 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 artikel 10 van de zorgverzekering en 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 is gehouden de aanspraak alsnog - gedeeltelijk - in te willigen, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 26 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van mondzorg zoals omschreven in dit artikel. Waarop u precies aanspraak heeft, hangt af van uw leeftijd en van de vraag of er sprake is van een bijzondere situatie. Bent u jonger dan 18 jaar, dan geldt de aanspraak zoals omschreven in lid 4. Bent u 18 jaar of ouder, dan geldt de aanspraak zoals omschreven in lid 5. De aanspraak in bijzondere situaties geldt ongeacht uw leeftijd en is omschreven in lid 6.
(...)”*

Mondzorg omvat:

1. zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg;
(...)

Lid 3 Toestemming vooraf van ONVZ is vereist voor vergoeding van de kosten van:

1. zorg door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg als het gaat om parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
(...)

5. een volledige prothetische voorziening – inclusief techniekkosten –, als deze kosten hoger zijn dan:

- € 650,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandarts, of
- € 500,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandprotheticus.

Lid 5 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, behalve van de kosten van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een tandarts, huisarts of medisch specialist;

2. uitneembare volledige niet-implantaatgedragen prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak (volledige immediaatprothese, volledige vervangingsprothese of volledige overkappingsprothese).

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten voor een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige niet-implantaatgedragen overkappingsprothese.

ONVZ vergoedt 100% van de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Onder rebasen verstaat ONVZ: het opvullen van de ruimte tussen de kaak en prothese om deze vaster op een geslonken kaak te laten zitten.

Lid 6 Mondzorg in bijzondere situaties, ongeacht leeftijd

ONVZ vergoedt de kosten van bijzondere tandheelkundige zorg, dat wil zeggen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

1. als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of

2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of

3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening.

Voor een verzekerde van 18 jaar en ouder geldt bij behandelingen die niet rechtstreeks in verband staan met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg, een eigen bijdrage. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou zijn gebracht voor de reguliere behandeling, dus als u niet in het kader van bijzondere tandheelkunde zou zijn behandeld. ONVZ vergoedt binnen mondzorg in bijzondere situaties ook de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur en een uitneembare volledige prothetische voorziening geplaatst op implantaten als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Het implantaat moet dienen voor bevestiging van een uitneembare prothese. De suprastructuur is het gedeelte op het implantaat dat boven het tandvlees zit. Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, geleverd in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg, geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaakdeel.”

- 8.4. Artikel 18 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.
- 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 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op mondzorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van orthodontie tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. (...)."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 18, dekking voor bijzondere tandheelkunde voor verzekerden vanaf achttien jaar, waaronder het aanbrengen van implantaten, indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm 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 zou hebben voorgedaan. In de Nota van toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan voornoemd artikel 18 van de zorgverzekering, wordt uiteengezet dat hierbij dient te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
- 9.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat bij hem sprake is van een tandeloze bovenkaak en dat hij een slikprobleem ervaart bij gebruik van een gebitsprothese. Het aanbrengen van implantaten is de enige optie om dit slikprobleem te verhelpen. Een slikprobleem levert geen (verzekerings)indicatie op zoals bedoeld in voornoemd artikel van de zorgverzekering of de onderliggende regeling. Dit volgt ook uit het advies van het Zorginstituut van 7 april 2017, welk standpunt is bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 18 mei 2017. Overigens geldt dat verzoeker vóór maart 2016 op grond van het slikprobleem evenmin aanspraak had op een implantaatbehandeling.
- 9.3. Op grond van artikel 18 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op het aanbrengen van een implantaat indien sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. Vast staat dat de bovenkaak van verzoeker

tandeloos is. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of deze kaak ook ernstig geslonken is. Niet in geschil is dat verzoeker sinds eind 2015 edentaat is. Dat de kaak in die relatief korte periode zodanig ernstig is geslonken dat niet een passende, reguliere gebitsprothese kan worden geplaatst, ligt niet voor de hand en is door verzoeker ook niet gesteld. Daarbij gebruikt verzoeker momenteel een immediaatprothese; een definitieve prothese werd nog niet vervaardigd en geplaatst. Gelet op het voorgaande concludeert de commissie dat niet aannemelijk is geworden dat de bovenkaak van verzoeker zodanig ernstig is geslonken dat hierdoor een verzekeringsindicatie voor een implantaatbehandeling is ontstaan.

9.4. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoeker geen aanspraak heeft op het aanbrengen van implantaten in de bovenkaak ten laste van de zorgverzekering.

9.5. Hetgeen overigens door verzoeker gesteld, met name het voorstel om 25 percent van de kosten voor zijn rekening te nemen, kan niet leiden tot een ander oordeel.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op grond van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

9.7. 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 mei 2017,

H.A.J. Kroon