



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem  
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheekunde, gebitsslijtage, drie- en meervlaksvullingen,  
aanbrengen front/hoek tandgeleiding, eigen risico  
Zaaknummer : 201602099  
Zittingsdatum : 7 juni 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 ,11, 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.1, 2.7, 2.17 en 2.18 Bzv, 2.31 Rzv,)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,  
tegen

N.V. Univé Zorg 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 Zorg Select Polis (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 Tand 500 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 een tandheelkundige behandeling, bestaande uit drie- en meervlaksvullingen en het aanbrengen van front-/hoekandgeleiding (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 april 2016 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 8 september 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 23 december 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.

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 15 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 maart 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 maart 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens 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 20 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 7 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017013211) de commissie geadviseerd aanvullende informatie op te vragen bij beide partijen. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 10 april 2017 aan partijen gezonden. Hierbij is partijen verzocht de aanvullende informatie aan te leveren.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 april 2017 aanvullende informatie verstrekt. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 26 april 2017 aanvullende informatie aangeleverd. Afschriften hiervan zijn bij brief van 26 april 2017 aan het Zorginstituut gestuurd. Hierbij is het Zorginstituut verzocht een advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw, uit te brengen.
- 3.11. Bij brief van 18 mei 2017 heeft het Zorginstituut de commissie erop gewezen dat uit het dossier kan worden opgemaakt dat zowel de behandelend tandarts als de adviserend tandarts erkennen dat sprake is van een ernstige gebitsslijtage van niet-carieuze aard. De aanspraak op bijzondere tandheelkunde kent echter het maatmanbeginsel. Bij een ernstige tandheelkundige aandoening gaat de aanspraak slechts zo ver, dat deze leidt tot een niveau van mondgezondheid, vergelijkbaar met die van iemand zonder deze ernstige aandoening. Het maatmanbeginsel bepaalt de feitelijke omvang van de aanspraak in het concrete geval. Volgens het Zorginstituut is uit het dossier niet af te leiden in hoeverre gekeken is naar het maatmanbeginsel en welke correctie op grond daarvan voor vergoeding in aanmerking komt. De ziektekostenverzekeraar dient deze afweging gemotiveerd te maken. Het Zorginstituut heeft de commissie geadviseerd, indien de ernst van de aandoening een indicatie tot tandheelkundige hulp rechtvaardigt, het verzoek toe te wijzen met inachtneming van het maatmanbeginsel. Dit dient door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar te worden vastgesteld. Het afwijzen van de behandeling omdat het een uitgestelde behandeling zou betreffen is onjuist, aangezien de polisvoorwaarden niet voorschrijven dat de gevraagde zorg een onlangs ontstane complicatie moet zijn.
- 3.12. Bij e-mailbericht van 1 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd alsnog een machtiging af te geven voor de aangevraagde tandheelkundige behandeling tot een maximum van € 3.344,15 en met een geldigheidsduur tot en met 31 december 2016. Een afschrift hiervan is op 2 juni 2017 aan verzoekster gezonden, waarna verzoekster desgevraagd heeft verklaard dat het geschil nog niet is opgelost.
- 3.13. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni 2017 telefonisch gehoord.
- 3.14. Bij e-mailbericht van 7 juni 2017 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie met betrekking tot de behandeldata gezonden. Een afschrift hiervan is op 8 juni 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.15. Bij brief van 14 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat indien gebruikt wordt gemaakt van de afgegeven machtiging het verplicht en vrijwillig eigen risico van 2015 en 2016 van toepassing is, en dat de vergoeding hiermee wordt verrekend. Een afschrift van genoemde brief is op 16 juni 2017 aan verzoekster gezonden.

3.16. Bij brief van 20 juni 2017 heeft verzoekster haar verzoek gewijzigd, in die zin dat zij thans vordert dat alle behandelkosten, ook de kosten die in 2016 en 2017 zijn respectievelijk worden gemaakt, ten laste van het eigen risico 2015 moeten worden gebracht (hierna: het verzoek). Een afschrift van deze brief is op 22 juni 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3.17. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie hierop de commissie bij brief van 29 juni 2017 medegedeeld het verplicht eigen risico 2016 alsnog aan verzoekster te vergoeden. Een afschrift hiervan is op 3 juli 2017 aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 5 juli 2017 geïnformeerd haar standpunt, zoals verwoord onder 3.16, te handhaven. Een afschrift van genoemde brief is op 11 juli 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De behandelend tandarts heeft over verzoekster het volgende verklaard: *"[Verzoekster] heeft te maken met ernstige slijtage aan haar gebit. Er is nooit sprake geweest van een uitgestelde behandeling. Ik heb getracht dit te herstellen met composiet restauraties, helaas zonder het gewenste resultaat. Aangezien een dergelijke behandeling de nodige expertise vereist, heb ik mw. doorverwezen naar Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde in Groningen voor raadpleging en het bespreken van de behandelingsmogelijkheden. CBT Groningen heeft dit zorgvuldig en uitgebreid met mw. besproken. [De ziektekostenverzekeraar] heeft mw. uitgenodigd voor het spreekuur bij de tandheelkundig adviseur. De adviserende tandarts gaf aan dat mw. in het verleden al kronen had moeten hebben. Dit vind ik uiterst bijzonder omdat mw. dusdanig veel slijtage heeft dat het mijns inziens niet verstandig zou zijn geweest om deze elementen te kronen"*.

4.2. Namens verzoekster zijn twee aanvragen ingediend voor een tandheelkundige behandeling. Zij merkt op dat de tweede aanvraag afwijkt van de eerste, omdat plaatsing van kronen niet langer deel uitmaakt van de behandeling. Na afwijzing van de eerste aanvraag, op de grond dat geen sprake zou zijn van een ernstige tandheelkundige handicap, is verzoekster op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar geweest. Deze heeft op basis van behandelmomenten in 2010 geconcludeerd dat sprake is van een uitgestelde behandeling. Verzoekster heeft dit onder verwijzing naar de verklaring van de behandelend tandarts betwist. De behandelend tandarts heeft destijds geen kronen geplaatst vanwege de verwachting dat verzoekster deze stuk zou bijten. Om die reden is verzoekster 's nachts een knarsplaat gaan gebruiken, hetgeen echter niet in de behandelhistorie staat. De tandheelkundig adviseur heeft derhalve een onjuiste conclusie getrokken.

Volgens de behandelend tandarts bestaat recht op vergoeding van de aangevraagde behandeling vanuit de zorgverzekering. Verzoekster heeft in dit verband verwezen naar de richtlijn van het College Adviserend Tandartsen (hierna: CAT). Het is verzoekster niet duidelijk waarom de ziektekostenverzekeraar de richtlijn niet heeft toegepast bij zijn beoordeling. De slijtage van haar gebit is immers zodanig dat zij voldoet aan de criteria die zijn opgenomen in de betreffende richtlijn. Bij haar is namelijk sprake van een TWI van drie of meer bij ten minste acht elementen per kaak. Verzoekster stelt haar gebit goed te hebben onderhouden en altijd onder controle te zijn geweest van de behandelend tandarts.

4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het haar verbaast dat zij nog altijd geen antwoord heeft gekregen op de vraag waarom in haar situatie niet wordt voldaan aan de richtlijn. Voorts wenst zij dat de ziektekostenverzekeraar, nu door hem alsnog een machtiging is verstrekt, de financiële afwikkeling correct uitvoert. Zij merkt hierbij op dat zij met ingang van 1 januari 2017 is verzekerd bij een andere zorgverzekeraar. Verzoekster wenst niet te worden geconfronteerd met onverwachte kosten, zoals het eigen risico 2016 en 2017. Voorts merkt zij op ontevreden te zijn over de gang van zaken. Als de ziektekostenverzekeraar de machtiging in 2015 had verstrekt, dan had zij eerder kunnen worden behandeld. Verzoekster verwacht van de ziektekostenverzekeraar dat hij contact opneemt met haar huidige zorgverzekeraar.

- 4.4. In vervolg op de hoorzitting heeft verzoekster de commissie geïnformeerd over de behandeldata in 2016 en 2017. Zij is het niet eens met de verrekening van de vergoeding met het eigen risico 2016 en 2017. Verzoekster meent dat alle gemaakte én nog te maken kosten voor rekening van de ziektekostenverzekeraar moeten komen en ten laste van het eigen risico 2015 dienen te worden gebracht. Voorts heeft verzoekster opgemerkt dat eind 2015 en in 2016 kosten zijn gemaakt die wellicht voorkomen hadden kunnen worden als de behandeling reeds in 2015 was aangevangen. Deze kosten heeft verzoekster voor haar rekening genomen. Verzoekster laat dit punt verder rusten, omdat niet is aan te tonen of deze kosten zijn gemaakt vanwege de uitgestelde behandeling.
- 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. De aanspraak op bijzondere tandheelkunde is geregeld in artikel 30.2 van de zorgverzekering, welk artikel een uitwerking is van artikel 2.7 Bzv. Op grond van artikel 30.2 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op bijzondere tandheelkunde "indien sprake is van een zeer ernstige tandheelkundige handicap, en als de verzekerde zonder deze uitgebreide, bijzondere behandeling geen tandheelkundige functie kan behouden of verkrijgen."
- 5.2. Op 7 april 2016 ontving de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoekster een aanvraag voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. De behandelend tandarts meende dat bij verzoekster sprake was van ernstige slijtage van het gebit. Verzoekster is op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar geweest. Deze deelde de mening van de behandelend tandarts niet. Met betrekking tot de richtlijn van het CAT geldt dat dit geen limitatieve lijst is waarbij alleen de genoemde criteria een rol spelen. Het gaat ook over de toestand van het gebit, in het geval van verzoekster een fors gerestaureerde dentitie, en welke behandelingen in het verleden hebben plaatsgevonden om deze situatie te voorkomen. De ziektekostenverzekeraar heeft de brief van de behandelend tandarts voorgelegd aan zijn tandheelkundig adviseur. Deze heeft verklaard dat in de behandelhistorie van verzoekster op 14 juni 2010 de volgende opmerking van de behandeld tandarts is vermeld: "*Mevrouw heeft extreme slijtage (heb ik haar al eens verteld)*". In november 2010 is het volgende vermeld: "*Uitgelegd dat zij [haar] gebit zwaar belast, eventueel knarsplaat en kronen*". De tandheelkundig adviseur heeft gesteld dat deze opmerkingen in tegenspraak zijn met de brief van de behandelend tandarts waarin is verklaard: "*Dit vind ik uiterst bijzonder omdat mw. dusdanig veel slijtage heeft dat het mijns inziens niet verstandig zou zijn geweest om deze elementen te bekronen*". Volgens de ziektekostenverzekeraar was de slijtage bij verzoekster reeds sinds 2010 aanwezig zodat geen sprake was van slijtage bij een jeugdige of jongvolwassene. De gebitstoestand van verzoekster is een gevolg van keuzes die de behandelend tandarts in het verleden heeft gemaakt. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de reactie van de tandheelkundig adviseur bij verzoekster voor verwarring heeft gezorgd. De aanvraag is echter niet afgewezen vanwege het al dan niet (adequaat) behandelen van de tandheelkundige problemen in 2010. Omdat de behandelindicatie van verzoekster, gelet op het voorgaande, niet zou voldoen aan de voorwaarden van bijzondere tandheelkunde heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag aanvankelijk afgewezen.
- 5.3. Op basis van het advies van het Zorginstituut van 18 mei 2017 is evenwel alsnog een machtiging verstrekt voor de aangevraagde behandeling tot een maximum van € 3.344,15 en met een geldigheidsduur tot en met 31 december 2016.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat nu door hem alsnog een machtiging is verstrekt, enkele correcties met betrekking tot het eigen risico zullen plaatsvinden omdat de behandeling vanuit de zorgverzekering wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding de kosten met het eigen risico 2015 te verrekenen, zoals door verzoekster gevorderd. Wel is hij bereid contact op te nemen met de huidige zorgverzekeraar van verzoekster zodat de afwikkeling van de nota's met deze kan worden afgestemd.

5.5. Verzoekster had zowel in 2015 als in 2016 naast het verplicht eigen risico een vrijwillig eigen risico van € 500,00. Na verrekening van kosten van de tandheelkundige behandeling met het eigen risico 2015 en 2016 resteert een vergoeding van totaal € 712,34.  
De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de afwijzing van de eerste aanvraag dateert van augustus 2015. Hij begrijpt dat als door hem eerder een machtiging zou zijn afgegeven, verzoekster eerder met de behandeling was gestart. De ziektekostenverzekeraar is echter van mening dat een deel van de behandeling - ook indien de machtiging wel reeds in 2015 was verstrekt - in 2016 had plaatsgevonden, zodat het eigen risico 2016 ook dan van toepassing was geweest.  
Met betrekking tot 2016 is, naast de kosten van bijzondere tandheelkunde, een bedrag van € 12,51 betreffende terhandstellingskosten voor een verstrekt geneesmiddel met het eigen risico verrekend. De ziektekostenverzekeraar heeft van het gemachtigde bedrag voor 2016 een bedrag van € 1.981,84 aan het Umcg uitgekeerd. Hiervan bleef € 872,49 aan verplicht (€ 372,49) en aan vrijwillig (€ 500,00) eigen risico voor rekening van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar is bereid het verplicht eigen risico 2016 van € 372,49 alsnog te vergoeden.

5.6. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de huidige zorgverzekeraar van verzoekster heeft verklaard de machtiging met ingang van 1 januari 2017 over te nemen. Dit betekent dat de behandelend tandarts de kosten van de behandelingen die in 2017 hebben plaatsgevonden én nog zullen plaatsvinden, ter declaratie kan indienen bij de huidige zorgverzekeraar.

5.7. 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 artikel 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 uitsluitend nog of de ziektekostenverzekeraar gehouden is alle gemaakte en nog te maken kosten ter zake van de tandheelkundige behandeling te verrekenen met het eigen risico 2015.

## 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 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### ***“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 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 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 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 orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is (...)*

#### **Toestemming**

*U hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden”.*

8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

##### *"7.1. Hoogte verplicht eigen risico*

*Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...).*

##### *7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?*

*Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor (...).*

##### *7.5. Berekening verplicht eigen risico*

*Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart."*

8.5. Artikel 8 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

##### *"8.1 Varianten vrijwillig eigen risico*

*Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.*

##### *8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico*

*Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2. (...)*

##### *8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico*

*U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of via 'Mijn Univé Zorg' doorgeven.*

##### *8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico*

*Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5."*

- 8.6. De artikelen 7, 8 en 30 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3 en 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.  
Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 21 en 23 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.  
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat tussen partijen niet langer in geschil is dat verzoekster aanspraak heeft op de aangevraagde tandheelkundige behandeling.  
Voorts is niet in geding dat verzoekster in 2016 een verplicht eigen risico van € 385,00 en een vrijwillig eigen risico van € 500,00 had, en dat de kosten van bijzondere tandheelkunde niet van het eigen risico zijn uitgesloten. Tevens staat vast dat het eigen risico 2016 nog niet was 'vol gemaakt'. Door de ziektekostenverzekeraar zijn de in 2016 gemaakte kosten van de tandheelkundige behandeling verrekend met het - verplicht en vrijwillig - eigen risico van dat jaar. Met ingang van 1 januari 2017 is verzoekster verzekerd bij een andere zorgverzekeraar en is de behandeling voortgezet.  
Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in 2016 en 2017 gemaakte en nog te maken kosten ter zake van de tandheelkundige behandeling te verrekenen met het eigen risico 2015. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat als de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van de eerste aanvraag in augustus 2015 een machtiging had verstrekt, zij direct had kunnen starten met de behandeling. In dat geval zouden alle behandelkosten in 2015 zijn gemaakt en met het eigen risico van dat jaar zijn verrekend. De ziektekostenverzekeraar stelt dat ook indien in augustus 2015 een machtiging zou zijn verstrekt, delen van de behandeling in 2016 zouden hebben plaatsgevonden, en dus ook in laatstgenoemd jaar kosten zouden zijn gemaakt.  
Naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut van 7 april 2017 heeft verzoekster een behandelplan overgelegd. Hieruit blijkt dat zij is gediagnosticeerd met pathologische gebitsslijtage met dreigend functieverlies. Bij verzoekster is sprake van ernstige gebitsslijtage met DTWI score 4 (op schaal 0-4). Twee derde van het harde tandweefsel is verloren gegaan en de vitaliteit van de pulpa van meerdere elementen werd bedreigd. Het behandelplan vermeldt de volgende vier behandelstadia: herstellen van de beethoogte, herstellen van de vorm van de tanden en kiezen, beschermen van de pulpa en het aanbrengen van front-/hoektandgeleiding. Gelet op het behandelplan had een deel van de behandeling in 2015 kunnen worden uitgevoerd, maar door verzoekster is niet aannemelijk gemaakt dat in geval van een tijdige positieve beslissing op de aanvraag de *vollledige* behandeling in 2015 had kunnen worden afgerond. De feiten bevestigen dit, aangezien de behandeling ook in 2017 is voortgezet en hiermee dus sowieso meer dan een jaar gemoeid is geweest.



- 9.3. Het voorgaande betekent dat verzoekster - zeker tegen de achtergrond dat op de eerste aanvraag volgens haar ten onrechte afwijzend werd beslist én zij in 2016 een tweede aanvraag heeft ingediend - terdege rekening diende te houden met de mogelijkheid dat eventueel alsnog ten laste van de zorgverzekering te vergoeden kosten ter zake van tandheelkundige zorg door de ziektekostenverzekeraar zouden worden verrekend met het eigen risico 2016. Dit geldt te meer nu verzoekster de keuze heeft gemaakt in 2016 - weliswaar toen nog voor eigen rekening - te starten met de behandeling. Door evenals in 2015 te kiezen voor een hoog *vrijwillig* eigen risico in 2016 heeft verzoekster een voordeel, in de vorm van een lagere premie, genoten. Tevens heeft zij hiermee echter de mogelijkheid aanvaard dat in dat jaar te maken zorgkosten - voor zover vallend onder de dekking van de zorgverzekering en meetellend voor de eigen risicoregeling - tot een bedrag van maximaal € 500,00 voor haar rekening zouden blijven. De in 2016 gemaakte kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar dan ook terecht, conform artikel 8 van de zorgverzekering, toegerekend aan het vrijwillig eigen risico voor dat kalenderjaar. Het *verplicht* eigen risico 2016 behoeft geen verdere bespreking, aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd het ter zake berekende bedrag van € 372,49 alsnog aan verzoekster te zullen vergoeden. In die beslissing zal de commissie niet treden.
- 9.4. Met ingang van 1 januari 2017 is verzoekster overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. De nieuwe zorgverzekeraar heeft de machtiging van de ziektekostenverzekeraar overgenomen. Waar het gaat om de vraag of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de in 2017 gemaakte en nog te maken kosten te vergoeden, geldt dat uit de door verzoekster overgelegde behandeldata blijkt dat ook wanneer zij in augustus 2015 zou zijn gestart met de tandheelkundige behandeling, in 2017 nog kosten ter zake zouden zijn gemaakt, welke kosten in dat geval zouden zijn verrekend met het eigen risico 2017, evenals thans het geval is. Voor zover verzoekster in 2017 wederom heeft gekozen voor een hoog vrijwillig eigen risico, geldt hetgeen onder 9.3 is overwogen met betrekking tot het genoten voordeel, waarbij nog kan worden aangetekend dat voor verzoekster reden te meer bestond op dit punt een zorgvuldige afweging te maken, omdat - anders dan per ultimo 2015 - ten tijde van de keuze eind 2016 al sprake was van een lopende behandeling en niet meer van een voorgenomen behandeling.

### Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.6. Aangezien de ziektekostenverzekeraar alsnog een machtiging voor bijzondere tandheelkunde heeft afgegeven, en daarmee aan het oorspronkelijke verzoek is tegemoetgekomen, dient hij het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 16 augustus 2017,

P.J.J. Vonk