



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : EU/EER, Portugal, mondzorg, bijzondere tandheelkunde, vaste constructie op implantaten
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 202000619
Zittingsdatum : 7 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hiernate noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 6 juni 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 6 juli 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 7 juli 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 3 augustus 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020032923) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 5 augustus 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2020 gehoord.
- 2.5. Verzoeker heeft de commissie op 6 oktober 2020 per e-mail nadere stukken gezonden. Deze zijn dezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd met de mogelijkheid op deze stukken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 7 oktober 2020 meegedeeld dat de nadere stukken geen aanleiding vormen tot het geven van een nadere reactie.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken van 6 oktober 2020 zijn op 12 oktober 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 13 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Goed en Tand Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Nadat bij verzoeker slokdarmkanker was geconstateerd, is bij hem een buismaagoperatie uitgevoerd. Sinds deze ingreep heeft verzoeker veel last van dumpingen en maagontledingen. Daarnaast komen refluxen van maagzuur, gal en spijsverteringsenzymen vaak voor. De hierbij in de mond komende zuren hebben een negatieve invloed gehad op het gebit van verzoeker. Om de normale kauwfunctie weer terug te krijgen, heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van een in Portugal uit te voeren tandheelkundige behandeling te vergoeden. Deze behandeling bestaat uit het aanbrengen van implantaten in zowel de boven- als onderkaak en het vervaardigen en hierop plaatsen van een vaste constructie.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 januari 2019 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van het aanbrengen van implantaten in combinatie met een vaste constructie niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Wel bestaat aanspraak op vergoeding van vier implantaten in de bovenkaak en twee in de onderkaak, maar dan in combinatie met uitneembare protheses.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Hierbij heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar ook gevraagd de kosten op basis van coulance te vergoeden. Op 10 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 3 augustus 2020 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Ter onderbouwing heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Er bestaat een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg, namelijk een implantaat gedragen uitneembare gebitsprothese. Verzoeker heeft een vaste prothese aangevraagd. Verweerder heeft deze aanvraag terecht en juist gemotiveerd afgewezen. Een vaste prothese is geen verzekerde zorg en de persoonlijke omstandigheden van verzoeker maken hem niet aangewezen op een vaste prothese."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde tandheelkundige behandeling in Portugal, bestaande uit het aanbrengen van implantaten met daarop een vaste constructie, te vergoeden op grond van de zorgverzekering dan wel op basis van coulance.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg, en uit Vo. nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker wil naar een andere EU-lidstaat gaan, namelijk Portugal, met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Daarom is er sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft voor de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat er geen sprake is van verzekerde zorg.
- 6.3. Verzoeker stelt dat bij hem een medische indicatie bestaat voor het aanbrengen van implantaten en de hierop te bevestigen (vaste) gebitsprotheses. Deze medische indicatie bestaat eruit dat verzoeker een buismaagoperatie heeft gehad. Tijdens deze operatie worden de hele slokdarm

en de overgang van de slokdarm naar de maag weggehaald. Een optimale bijt- en kauwfunctie voor buismaag patiënten is essentieel omdat het nog de enige overgebleven functie is in het spijsverteringsproces en kan bijdragen aan het enigszins onder controle houden van de dumping klachten. Vanwege deze bijzondere omstandigheden is de door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde behandeling met implantaten en uitneembare protheses geen optie. Gelet op de bijzondere omstandigheden moet de ziektekostenverzekeraar de kosten, desnoods uit coulance, vergoeden. Hetzelfde geldt voor de door verzoeker verschuldigde eigen bijdrage.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij van verzoeker een begroting heeft ontvangen voor een vaste constructie op implantaten. Hiervoor geldt dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten. Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van uitneembare protheses. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar de ingediende aanvraag afgewezen.
In het geval van verzoeker heeft het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) vastgesteld dat het verlies van tandweefsel het gevolg is van een medische aandoening. Daarom kan de ziektekostenverzekeraar de kosten wel vergoeden als verzoeker kiest voor het aanbrengen van vier implantaten in bovenkaak en twee implantaten in de onderkaak in combinatie met volledige klikprotheses. Tot op heden is verzoeker niet akkoord gegaan met dit voorstel.
- 6.5. De commissie overweegt dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waaronder het aanbrengen van implantaten. Dit is vermeld in de artikelen 31.1 en 31.2 van de verzekeringsvoorwaarden. Deze artikelen zijn gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Uit het eerste lid van dit artikel volgt dat een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp slechts kan voorkomen in drie gevallen:
- a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel;
 - b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad;
 - c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad.
- Daarnaast is in artikel 2.7, tweede lid, Rzv bepaald dat tevens aanspraak bestaat op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat in geval van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak, en waarbij het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat bij verzoeker sprake is van een (verzekerings)indicatie als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, onder b, Bzv. Dit blijkt uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 10 april 2020. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd aan verzoeker een machtiging te verstrekken voor het aanbrengen van vier implantaten in de bovenkaak en twee implantaten in de onderkaak. Hieruit leidt de commissie af dat partijen niet langer verdeeld zijn over de vraag of verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. De vraag die rest is of het voor de omvang van de aanspraak - met name op het punt van de vaste constructie - uitmaakt of de indicatie is gebaseerd op het eerste dan wel het tweede lid van artikel 2.7 Bzv. In het tweede lid wordt de uitneembare prothese immers expliciet genoemd. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 6.7. De prothese vormt geen onderdeel van de in het eerste lid bedoelde tandheelkundige behandeling. Er bestaat aanspraak op een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Dit is geregeld in artikel 2.7, tweede en vijfde lid, Bzv. Deze bepalingen liggen ten grondslag aan artikel 33 van de zorgverzekering. Tot het plaatsen van een uitneembare volledige prothetische voorziening op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. De door verzoeker aangevraagde voorziening, te weten een full arch implant fixed prothesis, is een prothetische voorziening die is vastgeschroefd aan de kaak en niet voor de patiënt

uitneembaar is. Omdat de protheses niet uitneembaar zijn, heeft verzoeker geen recht op de protheses.

- 6.8. Verzoeker heeft het aanbod van de ziektekostenverzekeraar voor uitneembare protheses onder andere niet geaccepteerd omdat hij voor dergelijke protheses een eigen bijdrage is verschuldigd. Deze eigen bijdrage bedraagt volgens verzoeker 10% van de kosten voor de onderkaak en 8% van die voor de bovenkaak. De commissie merkt hierover op dat op grond van artikel 33 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden - voor verzekerden van achttien jaar en ouder - aanspraak bestaat op uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak. Voor een dergelijke prothese geldt een eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage is 10% van de kosten voor een implantaat gedragen gebitsprothese voor de onderkaak en 8% van de kosten voor een implantaat gedragen gebitsprothese voor de bovenkaak. Voornoemde polisbepaling is, als gezegd, gebaseerd op artikel 2.7, vijfde lid, Bzv. Dat verzoeker deze kosten niet wenst te dragen kan geen reden zijn voor toewijzing van zijn verzoek, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden. De commissie concludeert dat de indicatie voor bijzondere tandheelkunde niet (meer) in geding is. De aanvraag voor implantaten in de boven- en onderkaak met een hierop aan te brengen vaste constructie werd, gelet op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, evenwel terecht afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker voorts de toestemming op grond van de verordening terecht onthouden.

Coulance

- 6.9. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar coulance moet toepassen, omdat bij hem sprake is van bijzondere omstandigheden. De commissie merkt op dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In de gedragslijn die de ziektekostenverzekeraar op dit gebied voert, kan zij, behalve in zeer bijzondere gevallen, niet treden.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 oktober 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

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. Chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten
13. Röntgenonderzoek. U heeft geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Bent u jonger dan 23 jaar? Dan heeft u recht op kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. De noodzaak van deze zorg moet zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Bent u 18 jaar of ouder? Dan geldt voor deze zorg het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdandverzorging.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

Voor kronen, bruggen, implantaten en kaakoverzichtsfoto's heeft u vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 31. Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U heeft 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.

31.1. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Dit krijgt u vergoed

U heeft 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 heeft;
2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft;
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 heeft alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Let op

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U heeft recht op bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste 6 tanden en kiezen in aanleg ontbreken (verstandskiezen tellen niet mee).

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

2. Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:

Bij een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister van de Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemeltepleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (narcose) nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde

2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:

- Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
- Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
- Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
- Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
- Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
- Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

31.2. Tandheelkundige implantaten

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft;
2. Als u een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel 33.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
 - Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 - Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
 - b. mondzorg;
- (...)

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

(...)

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

(...)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese;
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.

6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.

2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftwintig procent van de kosten van die voorziening.

3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:
 - a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.